Rok XLI. Kraków, 8 Lutego 1902. Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Prof. Dr. A. Gluzińskiego we Lwowie.

O myastenii.

Napisał
Dr. Roman Rencki,
asystent kliniki.

Erb[1]) pierwszy zwrócił uwagę na odrębną postać chorobową, która, aczkolwiek ma pewne podobieństwo do porażeń opuszkowych, przebiegiem klinicznym i właściwymi sobie objawami — zasadniczo się od nich różni. W r. 1878 na Zjeździe neurologów niemieckich wspomina on o 3 przypadkach chorobowych, które określa jako „nowy, prawdopodobnie opuszkowy, zbiór objawów.“ Cechowały się te przypadki opadnięciem powiek, nużeniem się mięśni żwaczy, osłabieniem mięśni karku, nadto osłabieniem języka i kończyn, trudnością w połykaniu, oraz zaburzeniami w zakresie górnego odcinka n. twarzowego.

W kilka lat później podobny przypadek opisał Oppenheim[2]); dotyczył on sługi 29 l. liczącej, u której choroba zakończyła się po $2^1/_2$ letniem trwaniu śmiercią. Badanie drobnowidowe mostu Varola, rdzenia przedłużonego i pacierzowego, nerwów i mięśni nie wykazało żadnych zmian. Autor ten wykazał, że przed Erbem Wilks już w r. 1870 ogłosił podobny zbiór objawów klinicznych u chorej, u której rozpoznawano pierwotnie histeryę. Wśród objawów utrudnionego oddechu chora ta umarła w przeciągu kilku godzin, a dokładne badanie makro- i mikroskopowe narządu nerwowego dało wynik zupełnie ujemny.

Odtąd coraz częściej ogłaszają autorowie podobne przypadki, jak Eisenlohr, Shaw, Bernhardt, Jolly, Goldflam, Hoppe, Remak, a Goldflam[3]) zbierając dotychczasowe i swoje 3 nowe spostrzeżenia w doskonałej monografii „Ueber einen scheinbar heilbaren bulbärparalytischen Symptomencomplex mit Betheiligung der Extremitäten“ daje nam już dokładnie opracowany obraz kliniczny tej choroby. Goldflam pierwszy dosadnie podniósł nadmierne nużenie się mięśni, jako jeden z najważniejszych objawów chorobowych, oraz zmienność i wahania w nasileniu sprawy chorobowej.

Dzięki pracom wspomnianych autorów, oraz coraz liczniej ogłaszanym nowym przypadkom Pinelesa[4]), Struempella[5]), Söldera[6]), Rouxa[7]) Fajersztajna[8]), Kojewnikoffa[9]), Kalischera[10]), Silbermarka[11]), Murriego[12]), Saengera[13]), Unverrichta[14]), Eulenburga[15]), Montesano[16]), Hoffmanna[17]), K. Mendela[18]) i innych, obraz kliniczny coraz więcej zyskiwał na przejrzystości i dokładności. Znamy obecnie nie tylko zbiór objawów chorobowych, oraz ich szczegóły, lecz także dokładny przebieg tego cierpienia tak, że rozpoznanie myastenii nie przedstawia już dziś wielkich trudności.

To też i niejeden z zaliczanych dotąd do myastenii przypadków wypadnie nam prawdopodobnie jeszcze wykluczyć (Erba, Bernhardta, Kalischera, Kosteckija itp.)

O wiele mniejsze posiadamy wiadomości o podstawie anatomicznej tej choroby pomimo, że nie brak już dość pokaźnej liczby badań anatomicznych tak układu nerwowego, jak i mięśniowego. (Wilks, Oppenheim, Mayer[19]), Toby Cohn[20]), Vidal-Marinesco[21]), Murri[22]), Senator[23]). W typowych przypadkach nie znajdowano zazwyczaj żadnych zmian tak w narządzie nerwowym jak mięśniowym; w innych wykazano je tak niejednostajne i drobne, że nie pozwalają one na wyciąganie wniosków co do umiejscowienia i rodzaju zmian anatomicznych. Jeśli dodamy do tego po raz pierwszy stwierdzone w r. b. zmiany patologiczne w mięśniach przez C. Weigerta[24]) w przypadku Laquera[25]), to widzimy jak niedostateczne mamy wiadomości o przyrodzie choroby i jak niezbędne są dalsze badania w tym kierunku.

[1]) Erb: Archiv f. Psychiatrie. T. IX.

[2]) Oppenheim H.: Ueber einen Fall von chronischer progressiver Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund. (Virchow's Archiv CVIII; ref. Virchov's Jahresbericht XXII str. 134).

[3]) Deutsche Zeischrift für Nervenheilkunde 1893. T. IV.

[4]) Jahrbücher für Psychiatrie T. 13. Z. 2 i 3.

[5]) Ueber die asthenische Bulbärparalyse, Deutsche Zeitschr. für Nervenheilk. VIII.

[6]) Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 15.

[7]) *Ibidem.*

[8]) O porażeniu astenicznem. (Gaz. lek. Nr. 13, 1896).

[9]) Zwei Fälle von astenischer Bulbärparalyse D. Zeitschrift für Nervenheilk. T. IX.

[10]) Neurol. Centralbl. Nr. 23. 1896.

[11]) Ibidem Nr. 6. 1897.

[12]) Ibidem.

[13]) *Ibidem* 1898, Nr. 6.

[14]) Ueber krankhafte Muskelermüdbarkeit (Myasthenie). (Centralbl. f. inner. Med. 1898 Nr. 14).

[15]) Ein Fall von Myasthenia pseudoparalytica gravis etc. (Deutsch. med. Wochschr. Nr. 1. 1898).

[16]) Neurol. Centralbl. Nr. 12. 1899.

[17]) *Ibidem* Nr. 13.

[18]) Ein Fall von Myasthenia pseudoparalytica gravis. (Neur. Centralbl. Nr. I. 1901.).

[19]) Neurol. Centrbl. 1894, str. 398.

[20]) *Ibidem* 1897. Nr. 15.

[21]) *Ibidem.*

[22]) *Ibidem* 1898. Nr. 6.

[23]) Asthenische Lähmung, Albumosurie u. multiple Myelome, Berl. kl. Woch. 1899, Nr. 8.

[24]) Pathologisch-anatomischer Beitrag zur »Erb'schen Krankheit« Myasthenia gravis. (Neurol. Centralbl. 1901. Nr. 13.

[25]) Ueber die Erb'sche Krankheit. *Ibidem.*

Ta nieświadomość podstaw anatomicznych była i jest powodem chaosu, jaki panuje w nazwach nadanych tej chorobie. I tak Wilks (*l. c.*) wspomina o histeryi, Erb (*l. c.*) mówiąc o tej nowej jednostce chorobowej, pisze: „Über einen neuen wahrscheinlich bulbären Symptomencomplex“; Oppenheim (*l. c.*) nadaje jej nazwę: „Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund“; Goldflam (*l. c.*) „Ein scheinbar heilbarer bulbärparalytischer Symptomencomplex“; Struempell „asthenische Bulbärparalyse“, Jolly (*l. c.*) „Myasthenia gravis pseudoparalytica“; Fajersztajn: „porażenie asteniczne“; Murri (*l. c.*) Schultze[26]) zwą ją „chorobą Erba“, inni „porażenie opuszkowe typu Erb-Goldflam“.

Oceniając trudności dobrania dziś nazwy trafnej i ściśle naukowej, użyliśmy w opisanym przez nas przypadku nazwy ogólnikowej „myastenia“, która nie przesądzając jeszcze tła anatomicznego, ani jego umiejscowienia, określa nam nużenie i wyczerpywanie się siły mięśniowej, jako jeden z najważniejszych objawów chorobowych, który najwięcej charakteryzuje wspomnianą chorobę. Nazwę tę uważa za najodpowiedniejszą Unverricht (*l. c.*).

Przystępujemy obecnie do podania szczegółowej historyi choroby, odnoszącej się do przypadku myastenii, spostrzeganego w r. 1899 w klinice lekarskiej prof. Dra Gluzińskiego.

D. B z Demianowa, żona wyrobnika, przyjęta na klinikę lekarską 21 maja 1899 r.

Rodzice chorej zmarli; przyczyny ich śmierci podać nie umie. Jedyna siostra jej ma być zupełnie zdrową. Chora do czasu wystąpienia objawów obecnej choroby zawsze była zdrową, z wyjątkiem jakiejś osutki skórnej przed kilku laty, która pojawiła się po kąpieli; wówczas nie gorączkowała i cierpienie to szybko bez żadnego leczenia ustąpiło. Miesiączkuje prawidłowo od 17-go roku życia.

Od trzech lat zamężna, rodziła dwukrotnie, poród i połóg przebiegały bez żadnych powikłań. Oboje dzieci zmarły w pierwszych miesiącach życia. Przyczyny ich śmierci bliżej określić nie umie; na skórze ich żadnych nieprawidłowości nie zauważyła. Nie roniła. Mąż ma być zupełnie zdrowym.

Obecna choroba rozpoczęła się dość nagle przed ośmiu tygodniami. Podczas kłótni uderzono ją ręką silnie w kark; nie straciła wówczas wcale przytomności, ale doznawała w tej okolicy silnego bólu, który utrzymywał się jeszcze długo w nocy. Nazajutrz po obudzeniu się bólu tego już nie odczuwała, natomiast zauważyła zdwajanie się przedmiotów. Podwójne to widzenie utrzymywać się miało przed południem, ustąpiło zaś popołudniu i nie pojawiło się przez następnych dwa dni. Trzeciego dnia popołudniu wróciło wspomniane zdwajanie się obrazów i odtąd utrzymywało się bez przerwy przez trzy tygodnie; po trzech tygodniach zupełnie znikło. Wówczas dopiero zauważyła chora pewną ociężałość powiek; powieki górne opadały tak, że z trudnością i niezupełnie mogła je unosić, a opadnięcie to było znaczniejsze po stronie lewej. W mowie nie zauważyła żadnych nieprawidłowości, natomiast zapytywana wspomina o trudności przy gryzieniu twardszych pokarmów (chleba). Połykanie pokarmów miało być prawidłowe. Przy końcu 4-go tygodnia choroby wystąpiło ogólne osłabienie równocześnie w kończynach górnych i dolnych. Chodzenie wyczerpywało chorą łatwo tak, że przy przejściu niewielkiej przestrzeni nogi jej omdlewały, musiała kilkakrotnie odpoczywać, a po każdym wypoczynku znowu mogła odbywać dalszą drogę. Siła kończyn górnych tak dalece zmalała, że chora, otworzywszy drzwi od chaty, nie była w stanie ich za sobą przymknąć. Osłabienie to w kończynach występowało przy ruchach rano i popołudniu i było większe wieczorem, niż w godzinach przedpołudniowych, — większe gdy chora musiała więcej pracować, a mniej wypoczywała. Osłabienie to nie każdego dnia było jednakowe. Były dnie lepsze, w których chora czuła się silniejszą i mogła nawet przez cały przeciąg dnia pracować, a były i dnie gorsze, w których osłabienie kończyn było tak znaczne i tak łatwo się pojawiało, że chora nie mogła się żadną robotą zajmować i zmuszona była siedzieć lub leżeć. Bólów w kończynach nie miała żadnych, jedynie tylko doznawała uczucia znużenia i ociężałości. Objawy powyższe utrzymują się do chwili przyjęcia chorej do kliniki.

Przez cały przeciąg stanu chorobowego nie miała ani dreszczów, ani uczucia gorączki. Nie miewa bólów ani zawrotów głowy, nie kaszle; nie ma duszności, ani bicia serca. Łaknienie dość dobre; stolec regularny. Mocz oddaje prawidłowo.

Stan obecny. Dnia 21—22 kwietnia 1899. Chora wzrostu średniego, dość silnie zbudowana, odżywienie mierne, waży 52 klg. Świadomość w zupełności utrzymana, pojętność dość mała.

Skóra blada, ciepłota ciała 36·6. Kości bez zmian; nigdzie w nich ani zgrubień, ani bolesności nie znaleziono.

Mięśnie w ogólności dobrze rozwinięte, jędrne; zaników stwierdzić nie można. Gruczoły na karku drobne, miękie, niebolesne.

Czaszka symetryczna, przy opukiwaniu i obmacywaniu nigdzie niebolesna. Porost włosów prawidłowy. Twarz bez życia, sprawia wrażenie senności chorej. Zakończenia n. trójdzielnego niebolesne. Wezwana, marszczy czoło bardzo mało. Obie powieki górne opadnięte, więcej po stronie lewej. Szerokość szpary powiększonej prawej wynosi 4 mm., lewej 3 mm. Chora jest w stanie unieść nieco powieki; te jednakowoż rychło opadają do dawnego stanu. Zamykanie powiek łatwe. Po kilkurazowem wykonaniu ruchów powiekami nużą się one szybko, poczem opadnięcie ich staje się większem, niż było poprzednio a szpary powiekowe stają się węższe. Po krótkim kilkuminutowym wypoczynku powraca dawna zdolność poruszania powiekami. Opadnięcie powiek wśród obserwacyi całodziennej zachowuje się niejednakowo. Najmniejsze jest po obudzeniu się ze snu i w godzinach rannych; w tym też czasie i nużenie się powiek przy ruchach jest mniejsze. Popołudniu powieki opadają więcej, a koło godziny 5-tej prawie stykają się z sobą (p. ryc. I).



Rycina I.

Znużenie powiek przy ruchach daleko szybciej występuje o tej porze, aniżeli było przedpołudniem. Opadnięcie powieki na oku lewem zawsze jest większe, niż na oku prawem.

Gałki oczne jednako głęboko osadzone, nie wysadzone nadmiernie, ruchy gałek ocznych możliwe we wszystkich kierunkach, lecz nadzwyczaj ograniczone, a więcej na oku lewem, niż pra-

[26]) Zur Lehre von der Erb'schen Krankheit. (Deutsch. Zeitschrift. für Nervenheilkunde T. 18).

wem. Łatwiej zwraca je chora na zewnątrz ku stronie lewej, aniżeli ku dołowi. Drżenia gałek (nystagmus) wykazać nie można.

Obie źrenice równo szerokie, oddziałują dobrze na światło i na konwergencyę. Podwójnego widzenia niema; po kilkurazowem badaniu oddziaływania źrenic na światło, bezpośrednio jedno po drugiem, szybko słabnie ta reakcya, wreszcie prawie zupełnie ustaje, by znowu po kilkuminutowym wypoczynku powrócić. Wzrok chorej ma być dobry, przeszkadza jej jednak przy patrzeniu w dal opadnięcie powiek. Oczy łzawią. Odruchy: spojówkowy i rogówkowy utrzymane. Badanie wziernikiem wykazuje Vp = 5/5., Vl = 5/6 lm; na dnie oka wybitniejszych zmian nie znaleziono (Dr. Bednarski).

Oba fałdy nosowo-policzkowe jednako zaznaczone, ale dość płytkie; kąty ust na równej wysokości, przekrzywianie ust w prawą i lewą stronę możliwe, odbywa się jednak z pewną trudnością i w dość małych granicach.

Błona śluzowa warg blado różowa. Wargi przymknięte, grube, mięsiste, wykonują łatwo wszystkie ruchy, nużą się jednak dość szybko. Gwizdanie chorej się nie udaje, gasi natomiast zapaloną świecę z łatwością kilka razy. Drżenia włókienkowego mięśni twarzy ani warg wykazać nie można.

Zęby zdrowe; język wilgotny, lekko obłożony, wysunięty ku przodowi, nie zbacza, a po krótkiej chwili zaczyna drżeć i cofa się zwolna ku tyłowi. Umięsienie języka prawidłowe, zaniku nie przedstawia, ruchy języka swobodne we wszystkich kierunkach. Znaczniejszego osłabienia mięśni szczęki dolnej wykazać nie można, chora żuje dość dobrze, połyka łatwo pokarmy płynne i stałe. Błona śluzowa gardła zaczerwieniona. Języczek zwisa w dół, dotykając podstawy języka, przy fonacyi z początku dość żywo się porusza i tylko mało się nuży. Odruch gardzielowy utrzymany. Wymowa chorej wyraźna bez podźwięku nosowego. Mięśnie krtaniowe znużenia nie okazują. Powonienie, smak, słuch prawidłowe.

Głowa ustawiona w położeniu prawidłowem. Ruchy czynne głową wykonuje chora z początku z łatwością we wszystkich kierunkach, wkrótce jednakowoż występuje widoczne znużenie i osłabienie mięśni karku. Występuje ono jeszcze wyraźniej, gdy chorej każemy pokonywać opór ręki, jaki stawiamy wśród wykonywania poleconych jej ruchów. Chora skarży się na ból w karku przy podnoszeniu głowy ku górze; ruchy bierne karku nie bolesne.

Słos kręgowy prosty, kręgi szyjne przy ucisku nieco bolesne.

Klatka piersiowa prawidłowo długa, dobrze wysklepiona, nigdzie nie bolesna. Oddechanie równe, typ oddechu obojczykowy, oddechów 24 na minutę. Drżenie prawidłowe. Odgłos wypukowy wszędzie jawny w granicach prawidłowych; granice płuc ruchome. Szmery oddechowe pęcherzykowe, przy wdechu od czasu do czasu świsty.

Uderzenie koniuszkowe serca w piątym przestworze międzyżebrowym, na wewnątrz sutka, dość oporne. Rozmiary stłumienia serca prawidłowe. Tony czyste. Tętno regularne, dobrze napięte, 76.

Brzuch lekko zapadnięty, nie bolesny, powłoki wiotkie. Wątroba macalna na jeden palec poniżej łuku żebrowego, niebolesna; śledziona macalna, nie bolesna, nieco twardsza, wypukiem oznaczona sięga od 9-go żebra do łuku, do linii pachowej środkowej.

Kończyny dolne bez obrzęków.

Mięśnie kończyn górnych i dolnych dobrze rozwinięte, zaników żadnych wykazać nie można; ucisk na mięśnie nie bolesny. Pomiary wykonane na kończynie lewej i prawej różnicy nie wykazują. Siła kończyn górnych dość mała; oznaczona siłomierzem, wynosi na ręce prawej 15 klg., na lewej 20 klg. Tak pojedyncze, jak i złożone ruchy kończyn górnych chora wykonuje z łatwością. Uderza jednakowoż nadzwyczajna ich łatwość nużenia się. Zrazu wykonuje chora polecone jej ruchy dość energicznie, wkrótce powolniej, wreszcie ustaje. Na wezwanie podnosi obie kończyny górne z łatwością do poziomu; po kilkunastu sekundach ręce poczynają drżeć, a po upływie dwóch minut opadają w dół; ponowna próba całkowitego ich podniesienia do poziomu nie udaje się już wcale. Udaje się jednakowoż już po dwuminutowym wypoczynku. Zupełnego porażenia wśród wykonywania ruchów nie mogliśmy osiągnąć; szereg prób siły mięśniowej rąk, oznaczonej siłomierzem, daje następujący obraz:

Ręka prawa: 15, 12, 7. 5, 5. 5, 6, 5, 4, 4, 3, 3, 3, 3, 3, 3, 2.
» lewa: 20, 19. 17, 14, 13, 8. 7, 7, 10, 6, 10, 8, 6, 6, 6 6. 5, 7, 5, 5, 5, 5, 4.

Po trzechminutowym wypoczynku siła ręki prawej wynosiła 10 klg., lewej 11 klg.

Więcej złożone ruchy kończyn górnych, jakie np. chora wykonuje przy jedzeniu, powodują również, a nawet szybciej, zupełne znużenie tak, że chora nie może wkrótce donieść łyżki do ust, a musi chwilę odpoczywać.

Siła ruchowa kończyn dolnych nieco zmniejszona. I tu również po krótkiej pracy mięśniowej występuje szybkie znużenie i wyczerpanie mięśniowe. Przy pokonywaniu oporu, jaki stawiamy podczas zginania kończyny w stawie kolanowym, występuje rychło znaczne osłabienie siły mięśniowej tejże kończyny, a po dwóch minutach wyczerpanie jest prawie zupełne. Chód chorej prawidłowy, niezborności ruchów wykazać nie można. Po jednej minucie chora skarży się na omdlewanie w kończynach, po trzech minutach chód ociężały, chora powłóczy stopami; po siedmiu minutach wyczerpanie siły ruchowej jeszcze widoczniejsze, a przy obracaniu się chora się chwieje. Jest w stanie chodzić do 11-tu minut, potem żąda odpoczynku. Zupełnego porażenia aż do upadnięcia nie mogliśmy wywołać. Po kilkuminutowym wypoczynku znowu powraca siła kończyn. Jeszcze wybitniej występują objawy znużenia i wyczerpania mięśniowego przy chodzeniu po schodach, które przedstawia chorej daleko więcej trudności, niż po równinie. Pierwsze 30 schodów idzie chora tam i napowrót dość łatwo, nie przytrzymując się poręczy; zauważaliśmy jednak, że łatwiej jej wstępować, aniżeli powracać na dół. Przy próbie drugiej, bezpośrednio zaraz po pierwszej, skarży się chora na uczucie omdlewania nóg i ból w krzyżach. Przy dalszych zauważyć można wybitną ociężałość, a chora pomaga sobie, opierając się jedną ręką o poręcze, drugą na przedniej stronie uda. Wreszcie, nie podtrzymywana, upada. Zejście ze schodów po znużeniu jest niemożliwe. Chora, powróciwszy do sali, przez kilka godzin nie mogła opuścić łóżka. Skoro znużenie nie było tak znaczne, powracała siła ruchowa kończyn dolnych po krótkim upływie czasu (10 do 15 minut).

Przy badaniu mięśni prądem przerywanym zauważyliśmy pewne zmiany w niektórych ich gromadach. I tak zauważyliśmy szybkie, już po 2-gim lub 3-cim skurczu znużenie mięśni zginaczy rąk, jak: *flexor sublimis, flexor commun. profundus, biceps*. Tężec, wywołany wśród przechodzenia silnego prądu przerywanego, wkrótce ustawał. Mięśnie: *interossei* i *opponens pollicis* również łatwo się nużą. Natomiast mięśnie: *brachialis internus, pectorales* kurczą się dobrze, a wybitnego znużenia stwierdzić nie mogliśmy. Mięśnie wyprostne kończyn górnych zachowywały się dość prawidłowo. Mięśnie kończyn dolnych dają słabe skurcze nawet na silny prąd przerywany i wyczerpują się szybko. Nerw twarzowy po obu stronach daje wybitne skurcze, przyczem nie zauważono większego nużenia się mięśni (15—20 skurczów). Zwracając uwagę, o ile nużenie się jednej gromady mięśniowej wpływa obniżająco na gromady inne, wpływu wybitnego nie zauważyliśmy.

Pnie nerwowe nigdzie nie okazują bolesności.

Odruchy kolanowo prawidłowe.

Czucie dotyku, bólu, temperatury zmian nie przedstawia. Mocz i stolec oddaje prawidłowo.

Mocz wysycony, c. g. 1034, nie zawiera białka i cukru. Chlorki prawidłowe.

W stolcu mierna ilość śluzu, a pod drobnowidem obok składników prawidłowych jajka cianki *(trichocephalus dispar)*, oraz glisty ludzkiej *(ascaris lumbricoides)*.

Krew. Ciałek czerwonych 3,560.000, ciałek białych 8000, Hgl 70%, w preparatach barwionych barwikiem Ehrlicha znaleziono mikrocyty, a stosunek ciałek białych następujący:

Neutrofilne:	65%
Limfocyty:	27%
Przejściowe:	1·7%
Eozynochlonne:	6·3%

Polecono chorej leżenie w łóżku, dyetę posilną i na wewnątrz *Sol. arsenic. Fowleri.*

26-go maja. Stan bdzgorączkowy (36·7°).

Opadnięcie powiek utrzymuje się, zmiany w ruchomości gałek ocznych, jak poprzednio. Podwójnego widzenia niema. Chora skarży się na bóle głowy, trudność przy żuciu pokarmów twardszych, utrudnione połykanie. Oddechów 22, tętno 76. Objawy znużenia kończyn utrzymują się.

31-go maja. Ogólny stan nie zmieniony; w godzinach popołudniowych skarży się chora na zapadanie języka ku tyłowi i trudność w przyjmowaniu pokarmów, większą niż poprzednio. Żucie pokarmów stałych znacznie utrudnione, połykanie pokarmów płynnych

w pierwszej chwili się udaje, po wykonaniu jednak kilku ruchów połykowych chora zakrztusza się, pokarmy wracają nosem.

Chora nie opuszcza łóżka; stolec zaparty.

Ilość moczu na dobę 1200 ctm.^{3}. Mocz barwy winowo-żółtej, oddziałuje silnie kwaśno, c. g. 1027. Cukru ani peptoz niema, białka, peptonu ani mucyny nie zawiera. Chlorki w ilości = 0·855% Nacl. fosforany = 0·1% P_2O_5; kwas moczowy 0·05%. Kreatynina, indykan w zwiększonej ilości, urochrom prawidłowy. Kwas mlekowy obecny. Reakcya diazowa i acetonowa wypada ujemnie. Barwików: krwi i żółci wykazać nie można. Pod drobnowidem stwierdzono liczne duże przybłonki płaskie, ułożone w płatach, nieliczne ciałka wypocinowe, kryształki szczawianu wapniowego.

1-go czerwca. Podmiotowo czuje się chora silniejsza, może przechadzać się po pokoju.

3-go czerwca. Chora czuje się znacznie lepiej, zwłaszcza w godzinach przedpołudniowych. Popołudniu stwierdzono większą szerokość szpar powiekowych, obie szpary równo szerokie. Pokarmy stałe spożywa łatwiej, zjada na obiad całą pieczeń cielęcą, przy żuciu jednak występuje znużenie mięśni żuchwy, które zmusza chorą do wypoczynku. Płynne pokarmy połyka dobrze, nie zachłystuje się wcale.

6-go czerwca. Po bezsennej nocy znużenie ogólne łatwiej występuje, niż dnia poprzedniego. Opadnięcie powieki już wczas rano większe, co przeszkadza chorej w patrzeniu.

7-go czerwca. Chora spała dobrze, rano czuje się lepiej i silniejsza, niż 6-go czerwca.

11-go czerwca. Krwawienie z nosa dość obfite. Stan ogólny pogorszył się. Chora skarży się na bóle gardła i bóle w plecach. Kręgi szyjne przy ucisku bolesne, również bolesny nieco ucisk na mięśnie grzbietowe. Przy zginaniu czynnem głowy ku przodowi ma pojawiać się ból w karku, którego nie stwierdzamy przy ruchach biernych. Chora siedząc na łóżku pochyla tułów ku przodowi, a głowa opada ku klatce piersiowej. Utrzymanie głowy w pozycyi prawidłowej przez czas dłuższy niemożliwe. W zakresie siły mięśniowej kończyn stwierdzić się daje szybkie jej wyczerpywanie, a chora tego dnia nie opuszcza łóżka. W gardle nieznaczne zaczerwienienie nieżytowe. Stan bezgorączkowy. Tętno 72. Oddechy przyspieszone, 28 na minutę.

16-go czerwca. Chora czuje się lepiej, przechadza się, chwilami jednak stan ogólny pogarsza się. Czoło marszczy nieco lepiej, niż dawniej. Opadnięcie powieki utrzymuje się, szpara powiekowa prawa szersza, niż lewa; szerokość prawej wynosi 6 mm., lewej 5 mm. Na wezwanie podnosi chora szybko powieki, te jednakowoż wkrótce opadają tak, że wnet szerokość szpary powiekowej prawej wynosi 4 mm., lewej 3 mm. Fałd nosowo-policzkowy po obu stronach jednako zaznaczony, język wysunięty ku przodowi po chwili lekko się trzęsie. Ruchy języka łatwe we wszystkich kierunkach, znużenie jego przy ruchach stwierdzić się daje popołudniu. Głowa utrzymuje się w położeniu prawidłowem, nie opada ku przodowi.

Siła kończyn górnych, oznaczona siłomierzem, wynosi:

po stronie prawej	25 klg.	po lewej	38 klg.		
po 12 ściśnięciach siłomierza .	5 »	»	»	10 »	
po 20 » » .	5 »	»	»	7 »	

Wkrótce następuje wyczerpanie całej kończyny górnej tak, że kończyna zaczyna opadać, a chora kończynę tę podtrzymuje ręką.

Po 5-ciu min. wypoczynku siła kończyny prawej 20 klg. lewej 30 klg.
Po dalszych 5-ciu minutach: » » » 35 » » 34 »
Po 10-ciu min. wypoczynku » » » 35 » » 37 »

Chora chodzi łatwiej, aniżeli dawniej, a wyczerpywanie się siły mięśniowej kończyn dolnych występuje później. Na schody o 16-tu stopniach wstępuje z początku z łatwością, i dopiero przy 7-mym razie występuje znużenie, chora pomaga sobie, opierając się rękami na przednich powierzchniach ud i domaga się wypoczynku. Przy 8-mej próbie wejścia na schody z trudnością i ociężale się podnosi, po raz 9-ty nie jest już w stanie wstąpić na 1-szy schód. Dalsze chodzenie po równi przez pewien jeszcze czas możliwe.

17-go lipca. Stan ogólny, jak dnia poprzedniego. Szpary powiekowe węższe popołudniu, aniżeli rano. Ruchomość gałek również gorsza popołudniu. Rano wystąpiło podwójne widzenie, które utrzymywało się przez przeciąg dwóch godzin.

19-go czerwca. Opadnięcie powiek znaczne, ruchy gałek ocznych popołudniu tak znacznie we wszystkich kierunkach upośledzone, że oczy prawie nieruchomo w jednem położeniu się utrzymują. Źrenice oddziaływują dobrze na światło i akomodacyę.

Dnia tego badano zachowanie się mięśni prądem przerywanym i sporządzono kilka myogramów. Badania te nie wykazywały wśród dość długiego tetanizowania mięśni odczynu myastenicznego. Krzywe otrzymywane myografem, nie różniły się z początku wcale od prawidłowych pomimo długiego szeregu wywoływanych skurczów tężcowych m. zginaczy przedramienia. Dopiero po dłuższym upływie czasu (około 15-tu minut), przy ponownych próbach nasilenie skurczów, stało się mniejsze, pomimo, że siła prądu zawsze pozostawała ta sama, a skurcze słabsze. Widzimy to na załączonej rycinie (ryc. II), porównując ją z myogramem mięśni zdrowych (ryc. III).



Rycina II.



Rycina III.



Rycina IV. M. goleniowy przedni myastenika według Jollyego.

Jak z powyższych spostrzeżeń wynika, cierpienie nie okazywało stanowczego zwrotu ku pogorszeniu. Stwierdziliśmy tylko zmienność w nasileniu choroby; po krótkotrwałej poprawie nastawały dnie gorsze i na odwrót. Stanowczego zwrotu ku poprawie również nie zauważyliśmy, pomimo stosowania leczenia. Polegało ono na przestrzeganiu u chorej trwałego spokoju, posilnej dyecie, podawaniu arsenu, przetworów żelaza, wreszcie strychniny.

Na żądanie chorej wypisaliśmy ją z kliniki dnia 22-go czerwca 1899 r. Dnia poprzedniego przy ponownem badaniu znaleźliśmy następujący stan:

21-go czerwca. Wyraz twarzy, jak w dniu przyjęcia chorej do kliniki. Obustronne opadnięcie powiek. szpara powiekowa lewa węższa, niż prawa. Powieki podnosi chora z trudnością i to na chwilę, gdyż szybko opadają.

Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach znacznie upośledzone, podwójnego widzenia niema. Oddziaływanie źrenic prawidłowe.

Fałdy nosowo-policzkowe zaznaczone jednakowo po obu stronach. Na twarzy dostrzedz można od czasu do czasu drgawki *(tic.)*. Wargi bez zaników, przymknięte; język mięsisty, wysunięty prosto ku przodowi po chwili zaczyna drżeć i cofa się ku tyłowi; ruchy jego prawidłowe. Języczek dotyka podstawy języka, podniebienie miękie przy fonacyi leniwo się porusza, odruch podniebienny słabszy. Mowa chorej

nieco monotonna, powolna, większego znużenia przy mówieniu stwierdzić nie można. Żucie pokarmów twardszych utrudnione, chora chętniej przyjmuje strawę płynną, a jedząc bułkę, rozmiękcza ją sobie poprzednio w mleku. Połykanie łatwiejsze, zachłystywania się niema.

Mięśnie szyjne i karkowe po kilkunastu sekundach nużą się. Górne kręgi szyjne (w miejscu uderzenia) przy ucisku nieco bolesne. Oddechanie prawidłowe. Tętno 72.

Ruchy kończyn górnych prawidłowe, wyczerpywanie się jednak siły mięśniowej bardzo wybitne. W miarę powstawania ruchów stają się one wolniejsze i mniej wydatne. Kończyny te uniesione do poziomu po 20-tu sekundach poczynają drżeć, a po 25-ciu sekundach opadają bezwładnie na dół. Szereg prób siły mięśniowej rąk oznaczony siłomierzem, przedstawia się następująco:

Ręka prawa: 30, 24, 15, 12, 10, 4.

» lewa: 25, 25, 21, 18, 12, 12, 11, 10.

Podobnie nużą się szybko i kończyny dolne. Po wypoczynku siła kończyn powraca i jest tem większa, im więcej czasu upłynęło od wykonywania czynności.

Na prąd faradyczny mięśnie szybko oddziałują, ale w niektórych występuje podobne znużenie, jak przy ruchach czynnych. Zaników mięśniowych nigdzie wykazać nie można.

Odruchy kolanowe w pierwszej chwili po obu stronach wyraźne, po kilkakrotnem wywoływaniu słabną, lecz nie znikają.

Czucie dotyku, bólu, ciepłoty, oraz lokalizacya czucia, zachowują się prawidłowo. Oddawanie stolca i moczu prawidłowe.

O dalszych losach chorej dowiedzieliśmy się dzięki uprzejmości kolegi Dra A. Macha w Bursztynie, za co niech nam wolno będzie złożyć Mu na tem miejscu szczere podziękowanie.

Chora po powrocie do domu czuła się słabszą, a objawy chorobowe dawniejsze nadal się utrzymywały bez zmiany. Po 10-ciu tygodniach pobytu w domu stan chorej zaczął się poprawiać. Czuła się silniejszą, nie nużyła się już tak szybko, jak dawniej. Poprawa stale postępowała. W dniu badania chorej (Dr. Mach), t. j. 22-go sierpnia 1901 roku, podano następujące szczegóły:

Od dwóch prawie lat czuje się tak zdrową, że może się zajmować sama gospodarstwem domowem, a nawet chodzi za zarobkiem do lżejszych robót i uważa się obecnie za uleczoną. Przed sześciu miesiąc mi urodziła dziecko donoszone. Poród odbył się siłami natury dość szybko. Bóle porodowe rozpocząć się miały rano, a poród skończył się wieczorem. Połóg przebiegał zupełnie prawidłowo. Dziecko karmi sama. Obecnie doznaje tylko przy żęciu sierpem uczucia bólu i znużenia kończyn górnych tak, że częściej niż dawniej musi wypoczywać. Znużenie to występuje również, gdy dłuższy czas nosi dziecko na rękach. Podczas wstępowania pod górę lub szybkiego chodu występuje brak oddechu, ćmienie przed oczyma i podwójne widzenie. Przypadłości te po chwilowym wypoczynku ustępują. Łaknienie dobre, chora gryzie nawet twardsze pokarmy, połyka z łatwością, chodzi przez cały dzień, a wieczorem nie czuje się wcale słabszą.

Stolec regularny. Mocz oddaje prawidłowo.

Stan obecny: Odżywienie dobre. Wejrzenie zdrowe. Mięśnie jędrne, zaników nigdzie zauważyć nie można. Szpary powiekowe nierówne, prawa szersza od lewej, różnica szerokości wynosi około 2 mm. Prawa powieka górna funkcyonuje prawidłowo, lewa nieco opadnięta. Przy zwracaniu gałek ocznych ku górze powieka lewa nie podnosi się należycie i po chwili opada. Ruchy gałek ocznych nie upośledzone. Jedynie przy powolnem zwracaniu gałek za prowadzonym palcem ku stronie prawej i lewej po dwóch minutach występuje znużenie mięśni; gałki oczne zaczynają się cofać, lecz zaraz zwracają się w kierunku palca.

Obie źrenice równo szerokie, na światło dość żywo oddziałują. Wzrok dobry. Palec oddalony na odległość 60 ctm. od ócz i zbliżany na 15 ctm. widzi chora za dziesiątym razem przy zbliżaniu podwójnie i nieco niewyraźnie.

Mowa zupełnie płynna, czysta, wyraźna. Pokarmy podawane (skórka chleba, sucha kiełbasa) gryzie dobrze i połyka łatwo.

Chodzi dobrze i zupełnie pewnie, może nawet biegać. Kończyny górne przy podnoszeniu nie nużą się szybko. Ramiona podniesione do poziomu trzyma dobrze przez 7 minut, potem dopiero doznaje w nich uczucia osłabienia.

Odruchy kolanowe po obydwu stronach dość żywe. Po dwukrotnem wywoływaniu ich zaczynają słabnąć, ale nie znikają nawet po 20-tu wywołaniach. Narząd oddechowy, serce bez zmian; tętno miarowe, dość dobrze napięte, 76. Nad mostkiem, 4 ctm. poniżej górnego brzegu, lekkie przytłumienie na przestrzeni około 4 ctm.

Wątroba nie powiększona, śledziona macalna, dość twarda, nie bolesna, sięga wypukiem od 9-go żebra do łuku żebrowego.

W jamie brzusznej zmian żadnych wykazać nie można. Mocz czysty, nie zawiera białka; chlorki prawidłowe. Miesiączkowanie bez zboczeń.

Sfera psychiczna nie przedstawia nic nieprawidłowego; usposobienie chorej wesołe, z obecnego stanu zdrowia jest zupełnie zadowoloną.

Badanie powyższe wykonano o godzinie 5-tej popołudniu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Sprawozdanie z Zakładu szczepień ochronnych przeciwko wodowstrętowi w Krakowie za rok 1901

podali

Prof. O. Bujwid i Z. Klemensiewicz.

Przystępując do sprawozdania z działalności Zakładu w r. 1901, zaznaczyć przedewszystkiem należy jego ustawiczny rozwój: gdy bowiem w r. 1893 szczepiono tylko 1 osobę, w 1894 — 38, w r. 1895 — 109, w 1896 — 146, w r. 1897 — 160, w r. 1898 — 278, w r. 1899 — 320, w 1900 — 427, to w roku 1900 liczba zgłoszonych wzrosła do wysokości **647**! Nie są to wszyscy pokąsani w tym roku przez zwierzęta wściekłe, o których wiadomość doszła do zakładu, wielu bowiem, szczególniej ze wschodnich powiatów, do leczenia wcale się nie zgłosiło.

Jednakże dzisiejsze urządzenie Zakładu, który jest właściwie tylko ambulatoryum, gdzie chorzy przychodzą dwa względnie trzy razy dziennie w celu szczepienia się i gdzie wyrabia się materyał szczepienny, nie odpowiada z wielu bardzo względów choćby najskromniejszym wymaganiom.

Lokal Zakładu składa się z jednego pokoju i małego przedpokoju, gdzie częstokroć do 30 chorych oczekuje swej kolei szczepienia. W pokoju mieści się biuro Zakładu i ambulatoryum. Wydobywanie rdzenia i szczepienie królików odbywa się w suterenach i tylko dzięki niebywałym ostrożnościom rdzenie, a więc i chorzy, nie ulegają zakażeniu.

Każdą seryę chorych szczepi się świeżo wygotowaną strzykawką; każdego zaś chorego świeżo wygotowaną igłą.

Chorzy pomieszczeni są w szpitalu św. Łazarza, gdzie z powodu stałego przepełnienia śpią w kuchniach, na gankach i t. p. O tem, aby mieli osobne pomieszczenie, naturalnie ani mowy być nie może.

Z trudnością przychodzi również uzyskać dla chorych natychmiast po przybyciu do szpitala kąpiel. Jestto rzeczą nader ważną, wielu bowiem chorych kąpiel zna tylko ze słyszenia, a grubą powłokę brudu można jedynie w gorącej kąpieli usunąć.

Pomieszczenie w przepełnionym szpitalu ludzi, — ściśle biorąc zdrowych, których naraża się na możność zakażenia, musi podlegać surowej krytyce i nie może być obojetne ani dla Dyrekcyi Zakładu, ani dla Dyrekcyi Szpitala. Nie jest również obojętną rzeczą, czy na Zarząd Szpitala i tak przeciążony nadmierną pracą, nakłada się nowe ciężary, które z natury rzeczy na innych powinny spoczywać barkach.

W obec wzrastającej z rokiem każdym frekwencyi Zakładu i wobec wyżej podanych okoliczności, jest rzeczą niezbędną urządzenie jak najszybsze osobnego Zakładu przynajmniej na 25 łóżek, gdzie chorzy znaleźliby pomieszczenie i zupełne utrzymanie, gdzieby można urządzić ambulatoryum i salkę operacyjną, odpowiadającą dzisiejszym wymaganiom aseptyki.

Opis metody szczepień, używanej w naszym Zakładzie, podano w roku ubiegłym [1]).

Szczegółowe sprawozdanie Zakładu za r. 1900 przedstawia się następująco:

Ogółem udzielano porady 647 osobom; z tego 40 osób nie leczono wcale, gdyż psy były, jak okazały wywiady — zdrowe, lub też ukąszenia nie rozerwały ubrania, naskórek więc pozostał nienaruszony; 7 osób przerwało dobrowolnie szczepienie (po 2—6 wstrzyknięciach), obliczenia więc dalsze odnoszą się do 600 osób, u których szczepienia całkowicie przeprowadzono.

Co do płci: mężczyzn było 388, kobiet 212.

Co do wieku było:

1 rocznych	5 osób.	8 letnich	22 osób
2 letnich	8 „	9 „	31 „
3 „	15 „	10 „	32 „
4 „	16 „	11 „	20 „
5 „	15 „	12 „	18 „
6 „	21 „	13 „	17 „
7 „	22 „	14 „	25 „

15-letnich 14 osób.

reszta po nad 15 do 70 lat.

Co do miejsca pochodzenia było według powiatów:

Biała	8	(1·33 %)
Bóbrka	5	(0·83 %)
Bochnia	5	(0·83 %)
Bohorodczany	5	(0·83 %)
Borszczów	8	(1·33 %)
Brody	6	(1 %)
Brzesko	14	(2·33 %)
Brzeżany	11	(1·83 %)
Buczacz	10	(1·66 %)
Chrzanów	14	(2·33 %)
Cieszanów	3	(0·50 %)
Czortków	4	(0·66 %)
Dąbrowa	1	(0·16 %)
Dobromil	10	(1·66 %)
Dolina	5	(0·83 %)
Drohobycz	1	(0·16 %)
Gorlice	6	(1 %)
Gródek	16	(2·06 %)
Grybów	1	(0·16 %)
Horodenka	7	(1·16 %)
Husiatyn	20	(3·33 %)
Jarosław	13	(2·16 %)
Jasło	1	(0·16 %)
Jaworów	11	(1·83 %)
Kałusz	3	(0·50 %)
Kamionka Strumiłowa	7	(1·16 %)
Kolbuszowa	17	(2·83 %
Kołomyja	11	(1·83 %)
Kosów	1	(0·16 %)
Kraków	14	(2·33 %)
Krosno	3	(0·50 %)
Łańcut	3	(0·50 %)
Limanowa	3	(0·50 %)
Lwów	41	(6·83 %)
Mielec	6	(1·00 %)
Mościska	19	(3·16 %)
Myślenice	7	(1·16 %)
Nadwórna	5	(0·83 %)
Nisko	8	(1·33 %)
Nowy Sącz	21	(3·50 %)
Nowy Targ	8	(1·33 %)
Peczeniżyn	8	(1·33 %)
Pilzno	3	(0·50 %)
Podgórze	12	(2 %)
Podhajce	1	(0·16 %)
Przemyśl	13	(2·16 %)
Przemyślany	7	(1·16 %)
Przeworsk	1	(0·16 %)
Rawa	2	(0·33 %)
Rohatyn	16	(2·66 %)
Ropczyce	3	(0·50 %)
Rudki	1	(0·16 %)
Rzeszów	3	(0·50 %)
Sambor	2	(0·33 %)
Sanok	5	(0·83 %)
Skałat	9	(1·50 %)
Śniatyn	18	(3·00 %)
Sokal	21	(3·50 %)
Stanisławów	17	(2·83 %)
Stryj	8	(1·33 %)
Strzyżów	5	(0·83 %)
Tarnobrzeg	1	(0·16 %)
Tarnopol	8	(1·33 %)
Tarnów	2	(0·33 %)
Trembowla	5	(0·83 %)
Turka	3	(0·50 %)
Wadowice	7	(1·16 %)
Wieliczka	3	(0·50 %)
Zaleszczyki	11	(1·83 %)
Zbaraż	6	(1 %)
Złoczów	20	(3·33 %)
Żółkiew	11	(1·83 %)
Żydaczów	11	(1·83 %)
Żywiec	15	(2·50 %)
Królestwo Polskie	22	(3·66 %)

Ze względu na rodzaj i miejsce pokąsania było, jak to widać z niżej podanej tablicy, najmniej pokąsań w głowę (rany najniebezpieczniejsze), najwięcej w ręce.

Rany powstałe z ukąszenia były, biorąc z chirurgicznego czysto stanowiska lekkie, jakkolwiek pewna liczba ukąszeń przedstawiała się nader groźnie. Do tych zaliczamy ukąszenie w głowę, głębokie rozdarcie mięśni rąk i nóg, oraz przypadek rozdarcia piersi u położnicy. Na ogół biorąc, rany z ukąszeń powstałe goją się znacznie gorzej i powolniej, zostawiając często wielką i szpetną bliznę.

O sprawie zupełnie zbytecznego a często

[1]) Przegląd lek. str. 180, Tom 39.

Wykaz 647 osób, które zgłosiły się do leczenia w r. 1901 z uwzględnieniem miejsca i rodzaju pokąsania.

POKĄSANIE	A. Wściekliznę stwierdzono przez szczepienie próbne cząstki mózgi (sub duram) królikowi	B. Wściekliznę stwierdzono przez sekcyę woterynarską	C. Zwierzęta podejrzane	Ogółem
w twarz i głowę . . .	2	16	20	38
w kończyny górne i tułów	31	224	163	418
w kończyny dolne . . .	12	96	83	191
w ciało gołe	27	199	130	356
przez ubranie	18	137	136	291
Ogółem	45	336	266	647

szkodliwego przypalania ran z ukąszenia powstałych, czyto żelazem rozpalonem, czy środkami żrącymi — była mowa w Nrze poprzedzającym „Przegl. lek.“[1])

Jak w latach ubiegłych, tak i w tym roku największa ilość ukąszeń pochodziła od psów, jak to wykazuje następująca tabelka:

Zwierzętami kąsającemi były:

Nazwa zwierzęcia	Ilość przypadków
Psy	613
Koty	24
Borsuki	3
Konie	3
Lisy	2
Prosie	1
Człowiek chory na wodowstręt . . .	1

Wiadomo, że im wcześniej od chwili ukąszenia rozpocznie się szczepienie ochronne, tem pewność niedopuszczenia wybuchu choroby jest większą. Statystyczne dane, poniżej przytoczone, wykazują jednak, że bardzo znaczna liczba chorych zgłasza się do leczenia nader późno. Przyczyny tych opóźnień, które dla pokąsanych mieć mogą fatalne skutki, szukać należy w powolności drogi biurokratycznej odnośnych władz, tak, iż częstokroć 7 do 10 dni upłynie, zanim wszelkie papiery i dokumenta zostaną przygotowane i chorzy mogą wreszcie udać się do Zakładu! Byłoby rzeczą ze wszech miar na przyszłość wskazaną, aby czynności biurowe można w ten sposób uprościć, iżby chorych bezzwłocznie w podróż wyprawiano! Dla oszczędzenia kosztów nie potrzeba wcale ludzi odsyłać pod konwojem. Przecież często nawet małe dzieci przejeżdżają same znaczniejsze przestrzenie, aniżeli szerokość Galicyi; pocóż więc posyłać policyę i dozorców z ludźmi dorosłymi? W jednym przypadku przysłano z 1 kobietą 2 policyantów.

[1]) Bujwid: Zbyteczne a często szkodliwe przypadki po ukąszeniach. Przegl. lek. 49 str. 65.

Tablica zgłoszeń do szczepienia od dnia pokąsania:

Po ilu dniach od dnia pokąsania	Liczba osób	Po ilu dniach od dnia pokąsania	Liczba osób	Po ilu dniach od dnia pokąsania	Liczba osób
Tego samego dnia	14	11	12	27	1
1	55	12	13	28	1
2	109	13	3	29	5
3	95	14	6	30	8
4	101	15	4	33	1
5	57	16	4	34	1
6	32	17	6	35	1
7	41	18	4	36	1
8	24	21	1	51	1
9	18	23	4	60	1
10	3	24	1	135	1

Wreszcie co do zatrudnienia pokąsanych, to największa liczba pokąsań przypada na wsie, gdzie najczęściej padają ofiarą dzieci. Dzieci na ogół biorąc, dostarczają prawie połowę wszystkich przypadków, co tłómaczy się łatwo niemożnością obrony i ucieczki.

Wykaz osób pokąsanych według zatrudnienia:

Zatrudnienie	Mężczyźni	Kobiety	Dzieci
Rolnicy, zagrodnicy i ich rodziny	101	74	173
Służba	42	38	15
Rękodzielnicy i ich rodziny . .	13	5	31
Robotnicy i ich rodziny . . .	22	5	21
Urzędnicy, nauczyciele, inżynierowie i ich rodziny	22	9	15
Kupcy i przemysłowcy i ich rodziny	11	2	7
Bez określonego zajęcia i ich rodziny	6	5	2
Właściciele dóbr lub realności i ich rodziny	—	4	8
Policyanci i oprawcy miejscy i ich rodziny	9	—	3
Księża gr.-kat. i ich rodziny .	—	2	1
Lekarze, aptekarze, weterynarze i ich rodziny	—	3	1

Wyniki leczenia w roku sprawozdawczym są pomyślne. Mamy bowiem do zanotowania tylko dwa przypadki śmierci na wodowstręt u osób szczepionych ochronnie, — co stanowi 0·33% ogólnej sumy szczepionych.

Przytaczamy historye choroby obu zmarłych pacyentów:

1) Ludwik Zapała l. 4, syn wyrobnicy z Sokołówki, zgłosił się dnia 26 maja 1900 r. do szczepienia. Pokąsaniu uległ dnia poprzedniego. Badanie wykazało wielokrotne ukąszenia w ciało gołe, cięższe i lżejsze, na ręce prawej, przedramieniu lewem, oraz na kolanie lewem. Rany wypalano w kilka godzin kamieniem piekielnym. Wściekliznę psa stwierdziło szczepienie próbne, przeprowadzone przez c. k. Akademię Weterynaryi we Lwowie. Według sprawozdania p. Dra Michała Wosia, lekarza okręgowego z Sokołówki, wystąpiły około 5 lipca objawy wodowstrętu, mianowicie silne bóle i drgawki w ręce lewej (skaleczonej), podwyższona ciepłota, oraz charakterystyczne kurcze przy po-

dawaniu jadła i wody. Chory zmarł dnia 10 lipca 1900 r., tj. w dwa i pół miesięcy od chwili pokąsania.

2 Kanner Salomon l. 63, akcyznik z Husiatyna, zgłosił się do szczepienia w dniu 18 września; pies pokąsał go dnia 16 września w ucho lewe, gdzie zadał mu rankę dość głęboką, krwawiącą, oraz w ramię lewe, gdzie nastąpiło zdarcie naskórka. Ranki przemyto. Według doniesienia c. k. Starostwa w Husiatynie w dniu 16 października, a więc w miesiąc od daty pokąsania, nastąpiła śmierć wśród objawów wodowstrętu.

Oprócz szczepienia chorych i przygotowywania materyału szczepiennego, w Zakładzie prowadzi się badania nad zarazkiem wścieklizny.

Ogólniejszych wniosków tak z tego sprawozdania, jak i z sprawozdań lat ubiegłych, na razie nie wyciągamy, — zostawiając tę pracę do roku przyszłego, gdy będziemy mieć przed sobą wyniki dziesięcioletniego stosowania w Galicyi Pasteurowskiej metody ochronnych szczepień przeciwko wodowstrętowi.

III. Kilka uwag nad wycinaniem macicy przez pochwę z uwzględnieniem metody Döderleina.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

(Dokończenie).

Zastanawiając się nad podanymi przypadkami, przedewszystkiem zaznaczyć muszę niemiłe wydarzenie, jakie miało miejsce w I. i III. przypadku, mianowicie, że wśród operacyi tylna ściana macicy poprzecznie się przerwała. W I-szym przypadku operacyę, rozpoczętą metodą Döderleina, musiałem dokończyć metodą Doyena. W III. przypadku wprawdzie sobie poradziłem, ściągając palcem ciało macicy, które po przerwaniu się tylnej ściany ku jamie brzucha się usunęło, wydarzenie to wszakże było wielce niemiłe i mimo że przebieg pooperacyjny był gładki, było ono niekorzystne z tego względu, że części rakowate i wydzielina mogły się z jamy macicy do jamy brzucha dostać i zakażenie sprowadzić. Może być, że i w I-szym przypadku dałoby się było ciało macicy palcem zahaczyć i dalej ściągnąć, podobnie jak w przypadku III-cim, a operacya byłaby się może była dała przeprowadzić rozpoczętą metodą. To jednakowoż rzeczy nie zmienia i dlatego sądzę, że przypadki te, w których tylna ściana macicy jest zwyrodniałą, nie nadają się do zabiegu metodą Döderleina.

W przypadku II. i VIII, gdzie również mieliśmy do czynienia z rakiem macicy, a gdzie tylna ściana macicy była prawidłowa, operacya przebiegała nietylko gładko, ale muszę powiedzieć, że daleko łatwiej i bezpieczniej, aniżeli w metodzie Doyena.

Szczególniej podnieść muszę jako wysoką bardzo zaletę tej metody, że wśrod niej pęcherz moczowy dobrowolnie sam się odłuszcza, oszczędzamy sobie zatem aktu operacyjnego, w którym zawsze zachodzi obawa, aby pęcherza moczowego nie otworzyć; usuwają się z pęcherzem z pola operacyjnego moczowody, co też jest rzeczą wielkiej doniosłości. Powtóre, po przepołowieniu wyprowadzonej na zewnątrz macicy, zaopatrzenie więzów szerokich nie przedstawia żadnych trudności, każdą metodą można go dokonać.

Chcąc metodę Döderleina wypróbować, postanowiłem operować nią przypadki włókniaków macicy, mając na myśli te przypadki, w których macica nie jest zbyt pojemna i daje się w całości przez pochwę wyciąć. W myśl tego też zabrałem się w przypadku IV. do wycięcia macicy metodą Döderleina, a uczyniłem to tem chętniej, że macica niezdawała się być zbyt dużą, była dobrze ruchomą, niebyło zniekształcenia postaci, a wobec bardzo obfitej wydzieliny brudnej byłbym jej był drogą przez powłoki brzuszne nie operował.

Poprzednio operowałem macice, obarczone włókniakami przez pochwę, wykonując rozkawałkowanie *(morcellement)* według zasad podanych przez autorów francuzkich. Zawsze szedłem od sklepienia przodkowego, okrawałem część pochwową, usuwałem pęcherz, a dalej kawałkowałem macicę. Teoretycznie brzmi to bardzo pięknie i łatwo, w praktyce atoli przekonałem się wielokrotnie, że ta operacya nietylko zabiera bardzo wiele czasu, ale wymaga ciężkiej pracy i wysiłków, a conajmniej bezgranicznej cierpliwości Ileż razy zdawało mi się, że to wycinanie kawałków będzie trwać bez końca, zanim potrafię dosięgnąć dna macicy. Ileż razy żałowałem wśród zabiegu, żem się do niego zabrał, bo mi na myśl przychodziło, że go ukończyć nie zdołam, że trudności nie pokonam, operując w ciasnem miejscu między spojeniem kości łonowych a macicą, a po bokach mając moczowody i poważne naczynia. Mimo to powracałem do zabiegu przez pochwę znowu, a to w interesie chorej, bo jestem zdania, że wycięcie macicy przez pochwę jest zabiegiem daleko łagodniejszym i mniej niebezpiecznym, niż wycinanie przez powłoki brzuszne.

Jakże byłem zdumiony i szczerze uradowany, widząc z jaką łatwością udało mi się wyciąć macicę za pomocą metody Döderleina, a zrobiwszy doświadczenie w kilku przypadkach, muszę wyznać, że oprócz korzyści, jakie metoda Döderleina w stosownych przypadkach przedstawia, główną i najważniejszą zasługą autora jest, że powrócił do operowania macicy przez tylne sklepienie.

Zachęcony wynikiem w przypadku IV., podjąłem zabiegi operacyjne w ten sam sposób w obec guzów coraz to większych i przyszedłem w przypadku V. do zapatrywania, że każdą macicę, dającą się wtłoczyć największą objętością do wchodu miednicy, można od tylnego sklepienia na zewnątrz wcale łatwo wyprowadzić.

Dlatego też niewahałem się co do zabiegu w przypadku VI-ym, w którym macica zbita, twarda i niepodatna sięgała do pępka, a chora nigdy nie rodziła. Operując od tyłu, nie troszczyłem się o wązkość pochwy i sromu; szło mi tylko o to, czy guz największą swą objętością da się przez wchód miednicy przeprowadzić; udało mi się to w zupełności, przy pomocy cięcia Schuchardta, z macicą ważącą wyżej 1000 gramów.

Mimowoli zastanawiałem się nad tem: w czem leży przyczyna takiego znacznego ułatwienia w wydobywaniu macicy, obarczonej włókniakami, przez tylne sklepienie? Wyjaśnienie samo się nasuwa przy uwzględnieniu stosunków topograficznych i mechanizmu w czasie zabiegu.

Stosunki anatomiczne pouczają, że macica leży w miednicy bliżej spojenia kości łonowych, aniżeli kości krzyżowej, czyli bliżej przedniej ściany pierścienia kostnego. Więzy szerokie, odchodzące od macicy na boki, połowią jamę miednicy na dwie nierówne części. Przestrzeń, położona przed macicą i więzami szerokimi a tylną ścianą spojenia łonowego

i kości łonowych, jest znacznie mniej pojemna, aniżeli przestrzeń, położona za macicą i za więzami szerokimi ku wygięciu kości krzyżowej. Już z tego względu operowanie od tylnego sklepienia, tam gdzie idzie o wydobywanie tworów pojemniejszych, powinno być daleko łatwiejsze, aniżeli operowanie od sklepienia przedniego.

Uwzględniwszy szerzej stosunki mechaniczne, rzecz nam się jeszcze więcej wyjaśni. Jeżeli wśród zabiegu operacyjnego drażymy od przedniego sklepienia ku górze i ściągamy macicę ku dołowi, to z natury rzeczy i z powodu kierunku kanału miednicy i kanału rodnego, przybliżamy macicę do tylnej ściany spojenia kości łonowych i zacieśniamy pole operacyjne, co tem wybitniej się dzieje, że przybliżamy macicę do ściany kostnej, a temsamem niepodatnej. Że tak jest, możemy się przekonać łatwo wśród każdej takiej operacyi. Jeżeli chcemy palce wprowadzić między ścianę pęcherza a szyję macicy, albo założyć wziernik łyżkowy w utworzoną szczelinę, musimy zwolnić pociąganie za część pochwową. Zupełnie rzecz się ma przeciwnie, jeżeli postępujemy drogą od tylnego sklepienia, pociągając macicę ku dołowi, a przybliżając ją do tylnej ściany spojenia kości łonowych, oddalamy ją zarazem od tylnej ściany miednicy i zyskujemy na miejscu. Operując od tylnego sklepienia mamy ku przodowi macicę, pęcherz moczowy, części podatne. Jeżeli chcemy zaglądnąć, albo wejść palcem do jamy Douglasa, to nie potrzebujemy pociągania zwalniać, ale owszem, im więcej macicę pociągniemy ku dołowi, tem łatwiej się po za nią w głąb do jamy brzucha dostaniemy.

Uwzględniając dalej kierunek jamy miednicy i kierunek kanału rodnego, musimy przyznać, że wydobywając pojemniejsze ciało macicy przez sklepienie przodkowe, mamy jeszcze do przezwyciężenia tarcie o tylną ścianę spojenia kości łonowych, czego nie mamy wydobywając je przez sklepienienie tylne, bo ciało macicy, dające się do jamy miednicy wciągnąć, pociągane od tyłu, będzie się okręcać około tylnej ściany spojenia kości łonowych, nie dosięgając wygięcia kości krzyżowej. W obec pojemnego ciała macicy stosunki wytwarzają się podobne, jak podczas porodu, gdy wydobywamy główkę, wysoko stojącą. Jeżeli operujemy zwykłemi kleszczami, mamy znaczne trudności, a głównie musimy przezwyciężać tarcie na tylnej ścianie spojenia kości łonowych, kiedy zaś, używając kleszczy T a r n i e r a, B r e u s s a i td., możemy główkę sprowadzić z łatwością. Kto raz zwykłemi kleszczami pociągał główkę ku dołowi w tych warunkach, a potem w tym samym przypadku zastosował kleszcze do ciągnięcia w kierunku osi miednicy, ten wie jak wielka jest różnica w użyciu potrzebnej siły do urodzenia główki, ten doświadczył, jakie jest ułatwienie wśród operacyi, dokonywanej w kierunku osi miednicy.

Podobną różnicę odczułem pomiędzy ściąganiem macicy obarczonej włókniakami przez przednie, a przez tylne sklepienie.

Jeżeli operujemy od sklepienia przodkowego i staramy się ciało macicy sprowadzić, to jest ono podparte w dwu punktach, a mianowicie; szyja macicy, trzymana więzami szerokimi, daje się tylko do pewnego stopnia przesunąć ku tyłowi, a później stawia opór i wytwarza punkt stałego podparcia dla sprowadzanego ciała macicy. Drugim punktem podparcia jest tylna ściana spojenia kości łonowych. Narzędzia, za pomocą których staramy się ciało macicy sprowadzić, leżą w pośrodku pomiędzy obu punktami podparcia. Jeżeli ciało macicy jest małe, sprawa ta prawie nie wchodzi w rachubę; jeżeli atoli ciało macicy jest nieco większe, okoliczność ta ma zastosowanie i wpływ niepomierny.

Zupełnie odmiennie rzecz się ma, gdy guz pojemniejszy wyprowadzamy przez tylne sklepienie. Jeżeli guz jest tych rozmiarów, że może przejść wchód miednicy, to w próżni miednicy nie dosięga do wygięcia kości krzyżowej. Szyja macicy zostaje przyparta przez pociąganie do spojenia kości łonowych, a ciało wydobywane ma dwa punkty podparcia tuż do siebie przylegające, t. j. umocowanie więzami szerokimi i tylną ścianę spojenia kości łonowych. Siła pociągająca znachodzi się wówczas po za oboma punktami podparcia, działanie dźwigniowe występuje w całej pełni, wydobywany guz okręca się około tylnej ściany spojenia łonowego, jak około osi i z łatwością daje się na zewnątrz wyprowadzić.

Jeżeli teraz uwzględnimy, jakie trudności mamy czasem z odłuszczaniem pęcherza moczowego w przypadkach włókniaków ciała macicy, gdzie się w każdym przypadku stosunki anatomiczne inaczej układają, jeżeli nadto zważymy, że operując od sklepienia przodkowego musimy nieraz zakładać kleszczyki na dolne części więzów szerokich, albo zakładać podwiązki w miejscu ciasnem i niedogodnem, a wśród metody D ö d e r l e i n a tego unikamy, bo pęcherz moczowy dobrowolnie sam się oddziela i usuwa, a więzy zaopatrujemy na zewnątrz ciała przed częściami rodnemi, to przyznać musimy, że dla przypadków włókniaków macicy metoda D ö d e r l e i n a jest nieocenionym nabytkiem.

Zebrawszy moje spostrzeżenia przyszedłem do przekonania:

1) że metoda D ö d e r l e i n a nie nadaje się dla wszystkich przypadków, w których tylna ściana macicy jest zwyrodniała;

2) że w przypadkach raka w ogólności nie chroni pola operacyjnego od zanieczyszczenia wydzielinami z jamy macicy;

3) że sprowadza znakomite ułatwienie w technice operacyjnej przez to, iż wyklucza akt operacyjny odłuszczania pęcherza moczowego;

4) że ułatwia znakomicie zaopatrywanie więzów szerokich, jak żadna z metod dotychczasowych;

5) że jest nieocenionym nabytkiem w obec przypadków macicy, obarczonej włókniakami, gdyż guzy macicy nawet znacznych rozmiarów dają się z łatwością przez tylne sklepienie wyprowadzić;

6) że właściwie nadaje się dla tych ostatnich przypadków;

7) że prawdopodobnie znajdzie zastosowanie przy wycinaniu macicy ciężarnej i przy wycinaniu macicy tuż po porodzie.

IV. Kilka uwag w sprawie postępowania przeciw- i bezgnilnego w położnictwie.

Podał

Docent Dr. A. Sołowij.

(Dokończenie).

Najcenniejsze i najbardziej wyczerpujące wyniki badań bakteryologicznych wydzieliny części rodnych kobiecych i zastosowania ich do spostrzeżeń klinicznych złożył

w dziele dwutomowem Menge i Krönig (*Bakteriologie des weiblichen Genitalkanales.* Leipzig 1897).

Menge zapoznaje nas w I. części z florą pochwy u nieciężarnych. Właściwością wydzieliny pochwy jest to, że mogą się w niej rozwijać tylko te drobnoustroje, które potrzebują do swego rozwoju kwaśnego podłoża. Wydzielina pochwy posiada moc pozbywania się drobnoustrojów, jak to stwierdził Menge za pomocą hodowli prątka ropy błękitnej.

Samoochronę pochwy stanowią według Mengego leukocyty i brak tlenu, podczas gdy Döderlein (*das Scheidensekret und seine Bedeutung für das Puerperalfieber* Leipzig 1892) przypisuje ją prątkom przez siebie oznaczonym, a stale w kwaśnej wydzielinie pochwy w znacznej ilości żyjącym (*bacillus vaginalis* Döderlein), tudzież kwasowi mlekowemu, przez te prątki wytwarzanemu.

Spostrzeżenia Króniga w II. części przemawiają za tem, że wydzielina pochwy posiada także u położnic siłę odporną przeciw drobnoustrojom, jakkolwiek ta dopiero z końcem pierwszego tygodnia staje się skuteczną. Zresztą zmienia się według Króniga charakter flory pochwy już wnet po porodzie i podczas gdy u ciężarnych przeważają formy laseczkowate drobnoustrojów, więcej jest koków po porodzie.

W szyi macicy znajdujemy jeszcze mniej niż w pochwie korzystne warunki dla rozwoju drobnoustrojów. Badania Waltharda (*Archiv f. Gynaekologie,* 1895. Bd 48 Hft 2), Mengego (*Bakteriologie des weiblichen Genitalkanales.* Leipzig 1897) i moje (*Przegląd lekarski,* 1900 Nr. 21 i 22) wykazały, że z wyjątkiem dwoinek rzeżączkowych niema w wydzielinie szyi macicy drobnoustrojów chorobotwórczych.

Podobnie jak pochwa, posiada szyja macicy jeszcze w wyższym stopniu zdolność pozbywania się drobnoustrojów (Menge). Leukocyty i brak tlenu odgrywają tutaj najważniejszą rolę, a może także i aleksyny działają zabójczo na drobnoustroje (Menge); nie ulega jednak wątpliwości, że także różnica oddziaływania wydzieliny szyi macicy a pochwy, tudzież korzystne warunki mechaniczne (czop śluzu w szyi macicy, odnawiający się ciągle od góry), stanowią bardzo skuteczną ochronę.

Krönig (l. c.) znalazł w warunkach prawidłowych jamę macicy wolną od drobnoustrojów. Wyjątek mogą stanowić tylko takie przypadki, w których znajduje się w macicy obumarła miazga, a w których Menge (*l. c.*) wykazał drobnoustroje u nieciężarnych.

Według Króniga jama macicy, podobnie jak szyja macicy i pochwa, posiada odporną siłę („*baktericide Kraft*“) przeciw drobnoustrojom, mianowicie z powodu braku tlenu, obecności leukocytów i własnej energii komórek. Z tego powodu znajdują w macicy warunki bytu i rozwoju tylko pasorzytnicze drobnoustroje, wnikające do tkanek i saprofity niepotrzebujące tlenu (*anaërob*).

Döderlein kładzie nacisk na ważność stwierdzenia ile możności już podczas ciąży, czy wydzielina pochwy jest prawidłowa, czy patologiczna.

W celu usunięcia wydzieliny patologicznej radzi Döderlein wycieranie pochwy zapomocą gazy i rozczynu lysolu; przyznaje jednak, że ten sposób postępowania, jakkolwiek skuteczny, może być także niebezpieczny.

To naprowadziło Döderleina na myśl zwalczania wydzieliny patologicznej zapomocą przestrzykiwań 1% rozczynem kwasu mlekowego i w istocie już zwykle po 3—4 dniach 3-razowego codziennego przestrzykiwania pochwy takim kwaśnym rozczynem, udawało mu się zmienić stale wydzielinę pochwy patologiczną na prawidłową. Niekiedy jednak były te przestrzykiwania bezskuteczne, np. w rzeżączce szyi macicy, gdzie obfita wydzielina alkaliczna ciągle do pochwy spływa.

Przestrzykiwaniami antyseptycznemi nie mógł Döderlein nigdy osiągnąć tak pomyślnego skutku, jak przestrzykiwaniami 1% rozczynem kwasu mlekowego, który według Döderleina jest głównie dlatego tak skuteczny, gdyż dozwala rozmnażać się prątkom (*bac. vag.* Döderlein) wstrzymującym rozwój innych drobnoustrojów.

Praktyczna wartość klasyfikacyi wydzieliny pochwy według Döderleina jest więc bardzo mała, gdyż podczas porodu najczęściej brak na nią czasu i tylko podczas ciąży dałyby się przeprowadzić z dobrym skutkiem przestrzykiwania pochwy za pomocą rozczynu kwasu mlekowego.

Krönig (*l. c.*) wykazuje, że przestrzykiwanie pochwy nawet tak silnymi środkami przeciwgnilnymi jak 1‰ sublimat i 1% lysol nie jest w stanie usunąć drobnoustrojów z pochwy. Przeciwnie, działanie środka przeciwgnilnego jest nawet szkodliwe, gdyż osłabia siłę odporną wydzieliny pochwy. Drobnoustroje, wprowadzone do pochwy, znikały prędzej bez przestrzykiwania pochwy, niż po niem. Jak mało skutecznemi są przestrzykiwania pochwy choćby najsilniejszymi środkami przeciwgnilnymi, dowodzą spostrzeżenia, poczynione przy wydzielinie patologicznej, która już niedługo po przestrzykiwaniu nie okazywała żadnej zmiany, a nawet zawierała czasem jeszcze więcej drobnoustrojów i stawała się cuchnącą. Co więcej Krönig wykazał, że jeden gatunek drobnoustrojów, uzyskany z wody płodowej i odchodów połogowych, wstrzyknięty podskórnie świnkom morskim, wywoływał ich śmierć tak samo, czy był wyhodowany z odchodów połogowych przed przestrzykiwaniem, czy po niem. Widocznie zatem przestrzykiwanie środkiem przeciwgnilnym nie było w stanie osłabić jadowitości tego drobnoustroju. Spostrzeżenie to nie dziwi nas wcale wobec tego, że Schimmelbusch (*Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1894 Nr. 28) i Reichel (*Archiv f. klinische Chirurgie,* Bd. IL), wykazali, że rany powierzchowne cięte u królika, do których wprowadzono hodowle wąglika lub gronkowca ropotwórczego złotego i bezpośrednio potem przepłókiwano najsilniejszymi środkami przeciwgnilnymi, ulegały co najmniej ropieniu, a często nawet przychodziło do ogólnego zakażenia. Bez porównania gorszymi są warunki w macicy po porodzie, gdyż zakażenie dużych otworem stojących naczyń o wiele łatwiejsze, a działanie środków przeciwgnilnych w porównaniu z powierzchowną raną ciętą o wiele mniej pewne, nie mówiąc o tem, że czas między zakażeniem rany a działaniem środka przeciwgnilnego był nader krótki przy tych doświadczeniach, podczas gdy po porodzie może być środek przeciwgnilny zastosowany dopiero po upływie dłuższego czasu.

Krönig (*l. c.*) wyraża się słusznie: „Die lokale Therapie leistet nicht das, was man von ihr erwartet hatte“.

Porównanie wyników klinicznych pod względem chorobowości połogowej wykazuje, że były one gorsze tam,

gdzie robiono przed porodem przepłókiwania pochwy środkami przeciwgnilnymi. I tak wynosiła chorobowość połogowa u Alfelda 35%, Winckla 27·7%, a tylko u Hofmeiera 9·5%, podczas gdy wyniki przeciwników przepłókiwań zapobiegawczych pochwy są w ogóle znacznie lepsze, u Mermanna 6%, Leopolda 8·3%, Marsa 10·25% i t. d.

Najciekawszemi zaś są liczby Fehlinga, który osiągnął w dwóch klinikach za każdym razem po zaniechaniu przepłókiwań zapobiegawczych pochwy lepsze wyniki (Bazylea 34·9 : 19·7, Halle 21·9 : 13·5).

Możemy zatem oświadczyć się z całą stanowczością przeciw wszystkim sposobom oczyszczania pochwy rodzących.

Bez względu na jakość wydzieliny i na to, czy poród jest prawidłowy, czy też wymaga zabiegu operacyjnego, przestrzykiwanie pochwy pochwy płynem przeciwgnilnym jest więcej szkodliwe niż użyteczne, gdyż pozbawia błonę śluzową wydzieliny ślizkiej, która ułatwia poród i chroni blonę śluzową przed obrażeniem i zakażeniem, a nie jest w stanie wydalić drobnoustrojów z pochwy. Z tych samych powodów musimy się także oświadczyć przeciw wycieraniu pochwy zapomocą gazy wśród równoczesnego przepłókiwania rozczynem przeciwgnilnym, jakkolwiek sposób ten dozwala przynajmniej na pewien przeciąg czasu wydalić drobnoustroje.

Natomiast posiadamy w przebiegu porodu cały szereg naturalnych nader cennych czynników, które z jednej strony przeszkadzają drobnoustrojom w wywarciu szkodliwego wpływu na błonę śluzową części rodnych, a z drugiej strony przyczyniają się znakomicie do wydalenia drobnoustrojów na zewnątrz. Do pierwszego rodzaju czynników należy ślizka wydzielina, pokrywająca błonę śluzową, chroniąca ją przed obrażeniem i ułatwiająca posuwanie się płodu; do drugiego zaś rodzaju czynników należy prąd wody płodowej i krwi, tudzież przesuwanie się płodu i łożyska z macicy przez pochwę ku dołowi i na zewnątrz.

Przestrzykiwanie pochwy w połogu płynami przeciwgnilnymi z tych samych przyczyn co podczas porodu jest więcej szkodliwe, niż pożyteczne. Tylko przy bardzo cuchnących odchodach połogowych może być wskazanem przestrzykiwanie pochwy płynami przeciwgnilnymi w celu odwietrzenia, wszystkie jednak formy zakażenia drobnoustrojami gnilnymi (*Sapraemia, endometritis saprica*) przebiegają zwykle tak samo korzystnie wśród przestrzykiwań, jak bez nich.

Możliwość samozakażenia podczas porodu za pośrednictwem drobnoustrojów chorobotwórczych, znajdujących się wyjątkowo w częściach rodnych wewnętrznych, nie da się z góry zaprzeczyć. W wydzielinie pochwy wykazano bowiem łańcuszkowce, gronkowce, prątka okrężnicowego, gonokoki i t. p., które mogą się stać czasem szkodliwymi pomimo wyżej wymienionych czynników chroniących. Toteż znajdujemy w piśmiennictwie przypadki, gdzie u położnicy wystąpiła śmiertelna gorączka połogowa, jakkolwiek chora ta nie była wcale badana podczas porodu. Ahlfeld, najgorętszy wyznawca nauki o samozakażeniu, zestawił 23 takich przypadków. Nie można się jednak oprzeć powątpiewaniu, czy wszystkie te przypadki mogą służyć w istocie jako dowód samozakażenia. Gdzie niema bezwzględnej pewności, że rodząca nie dotknęła się części rodnych własnemi rękami, lub gdzie jakikolwiek inny czynnik (np. nieczyste naczynie, bielizna i t. p.) nie zadziałał szkodliwie, tam niema dostatecznych dowodów samozakażenia.

Niebezpieczeństwo samozakażenia jest więc w rzeczywistości tylko wyjątkowem, nie da się jednak całkiem wykluczyć. Bumm (*Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Gynaekologie VIII)* określił bardzo trafnie znaczenie samozakażenia podczas porodu słowami: „Die Gefahr kommt von aussen“. Trudno nie podzielać tego zapatrywania.

Stosunek antyseptyki do aseptyki w położnictwie. Jeżeli więc niebezpieczeństwo zakażenia podczas porodu i połogu może pochodzić tylko zupełnie wyjątkowo od drobnoustrojów chorobotwórczych, znajdujących się w częściach rodnych wewnętrznych, a zresztą prawie zawsze zagraża tylko od zewnątrz, chodzi o to, jak powinniśmy postępować, by jak najskuteczniej utrudnić drobnoustrojom dostęp do części rodnych zewnętrznych?

Walka z drobnoustrojami jest wogóle w położnictwie o wiele trudniejsza, niż w chirurgii. Jeżeli zaś w chirurgii nie zawsze możemy się obejść bez postępowania przeciwgnilnego, to w położnictwie potrzebujemy go jeszcze bardziej z powodu osobliwych, a dla utrzymania czystości tak niekorzystnych warunków. Blizkość otworu stolcowego naraża części rodne na ciągłe niebezpieczeństwo zakażenia drobnoustrojami chorobotwórczymi podczas porodu i połogu. Nie mogę się zatem zgodzić z tymi autorami, którzy nazywają aseptykę ideałem postępowania położniczego i uważają jej przeprowadzenie zawsze możliwem. Przeciwnie! Scisłe przeprowadzenie postępowania bezgnilnego w położnictwie, zwłaszcza w praktyce prywatnej, jest bardzo trudne, czasem wręcz niemożliwe. Gdzie czas zezwala wykonać potrzebne przygotowania i gdzie nie brak pomocy drugiego w aseptyce wyćwiczonego lekarza, można nawet przy zabiegach położniczych uczynić zadość wszystkim wymaganiom postępowania bezgnilnego; często jednak jest to niemożliwe i wtedy odpowie najlepiej swemu zadaniu ten położnik, który w danych niekorzystnych warunkach najmniej się oddali od zasad postępowania przeciw i bezgnilnego. W ogóle zaś zadanie położnika polega na racyonalnem kombinowaniu postępowania przeciw — i bezgnilnego. Nawet w zakładach wzorowo urządzonych nie można się obejść bez postępowania przeciwgnilnego, w praktyce prywatnej zaś powinniśmy używać jak najwięcej środków przeciwgnilnych, zwłaszcza sublimatu, w celu ciągłego odkażania rąk i części rodnych zewnętrznych!

Nie zapominajmy jednak jeszcze o jednym nader ważnym czynniku. Jest nim odporność ustroju i jego tkanek, bez której nie moglibyśmy zrozumieć, dlaczego rany goją się często gładko w najniekorzystniejszych warunkach i dlaczego wielka liczba porodów i połogów przebiega szczęśliwie lub tylko wśród nieznacznych zaburzeń, pomimo zapoznania wszelkich wymagań postępowania przeciw — i bezgnilnego.

Jak ważnym czynnikiem powodzenia jest także zręczność operatora, widzimy z doskonałych wyników tych lekarzy, którzy nie przestrzegają ściśle zasad postępowania przeciw — i bezgnilnego, a mimo to mają doskonałe wyniki

dzięki swej znakomitej technice operacyjnej, chroniącej tkanki przed obrażeniem. Toteż dzisiaj już nie ufamy ślepo aseptyce i działaniu środków przeciwgnilnych, lecz kształcimy znowu z większą starannością technikę operacyjną, bo przekonaliśmy się, że od niej także bardzo wiele zależy. Minął czas, w którym można było przypuszczać, że lepiej jest przestrzegać ściśle zasad postępowania przeciw — i bezgnilnego, niż być zręcznym operatorem. Te dwa przymioty są nierozłączne.

V. Wyciągi.

Zalewski. **O leczeniu polipów usznych.** (*Gazeta Lekarska* 1901, Nr. 28, 29, 30, 31). Polipy uszne nie przedstawiają jakiejś określonej formy anatomicznej, tak co do swego kształtu, jak i budowy. Otyatra nazywa polipami usznymi nietylko właściwe polipy, lecz np. i ziarninę wyrosłą po nad miarę na ubytkach tkanek. Wskutek tego mamy w uchu polipy, które pokryte są na powierzchni błoną śluzową lub przyskórkiem i znowu takie, które nie są pokryte. Polipy uszne najczęściej powstają w przebiegu przewlekłego ropienia ucha środkowego; mogą powstać także w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego, a Itard i Urbantschitsch spostrzegali polipy uszne już w bardzo wczesnem dzieciństwie i wskutek tego przyjmują możliwość polipów wrodzonych, t. j. powstałych podczas życia wewnątrzmacicznego.

Co do leczenia, to jako rzecz zasadniczą uważamy prócz usunięcia samego nowotworu leczenie choroby podstawowej, inaczej nie możemy się spodziewać dobrych i trwałych wyników. Musimy pamiętać o tem, co powiedział Clarke, że najłatwiej jest polip wydalić, najtrudniej uchronić od nawrotu.

Polipy uszne same zniknąć mogą bez jakiejkolwiek z naszej strony interwencyi, i to nietylko ziarniniaki, w czem nie byłoby nic nadzwyczajnego, lecz i właściwe polipy, t. j. polipy pokryte na powierzchni błoną śluzową lub naskórkiem. Gomperz opisuje trzy takie przypadki, gdzie polipy znikły same, a leczenie całe było skierowane tylko przeciwko ropieniu ucha środkowego, które było przyczyną polipów. Przyczyną zniknięcia polipów był zanik wywołany zarastaniem naczyń krwionośnych wskutek bujania nabłonka. Może nastąpić samowyleczenie się także i w ten sposób, że polip wydala się z ucha w całości wskutek obumarcia jego podstawy. Obumarcie to następuje najczęściej wskutek okręcenia się szypuły. Oczywista rzecz, że stać się to może tylko w przypadkach polipów uszypułowanych. Znane są także przypadki, gdzie polip został wydalony z ucha jakimś niewinnym zabiegiem, n. p. przez wypłókanie ucha.

Do najdawniejszych metod leczenia należy sposób podany przez Clarkego, polegający na wstrzykiwaniu do miąższu *liquor. ferri sesquichlorati;* polip, jako czarna masa, w całości wydala się na zewnątrz. Sposób ten obecnie jest nieużywany.

Wszystkie metody leczenia polipów, które obecnie częściej lub rzadziej są używane, dzielą się na metody operacyjne i metody leczenia środkami farmaceutycznymi.

Z metod operacyjnych najwięcej używany jest sposób operowania zapomocą pętli Wildego, pierwotnej lub zmodyfikowanej przez Hartmanna i Bucka. Modyfikacya pierwotnej pętli Wildego polega na tem, że rurka niema przegrody. Pierwotna pętla Wildego nadaje się szczególnie wtedy, gdy chcemy polip wyrwać, zmodyfikowanej zaś użyjemy wtedy, gdy chcemy polip odciąć. Pierwszy sposób (wyrwanie) jest więcej doszczętny, niż drugi (odcięcie); niewszędzie jednak użyć go możemy, bo musimy pamiętać, że wyrywając polip, możemy uszkodzić jakąś ważną część narządu słuchu. Odcinając zaś polip, musimy pamiętać, że należy zniszczyć resztkę polipa.

Jednym z dawniejszych sposobów, którego chyba wyjątkowo zmuszeni będziemy użyć, jest podwiązanie polipa, które polega na tem, że pętlę, założoną w zwykły sposób, okręcamy i drut zostawiamy w uchu; po kilku dniach polip wydali się w całości.

Pętli galwanokaustycznej zmuszeni będziemy użyć tylko wyjątkowo, w przypadkach niezwykłej zbitości nowotworów.

Jakkolwiek pętla jest narzędziem najczęściej używanem do wydalenia polipów usznych, zdarzają się przypadki, gdzie użyć się nie da. Dlatego podano mnóstwo sposobów i narzędzi, któreby zastąpić mogły pętlę i mogłyby być użyte i w tych przypadkach, gdzie pętli użyć nie można. Jednym z dawniejszych, dziś nieużywanych sposobów, jest operowanie zapomocą kleszczyków. W tym samym celu podał Trautmann, Lange, ja i inni swoje pensety. Penseta Trautmanna zrobiona jest na tej samej zasadzie, co konchotom; penseta Langego jest zwykłą pensetą uszną o ostrych łyżeczkach; moja penseta jest pensetą krtaniową, zastosowaną do ucha.

Polecono do wydalenia polipów usznych ostre łyżeczki rozmaitego rodzaju. Najwięcej zasług położył koło rozpowszechnienia tego sposobu operowania Politzer, który podał cały szereg rozmaitej wielkości łyżeczek. Swojego pomysłu łyżeczkę, która jest naśladownictwem takiegoż przyrządu, używanego w okulistyce, podał Abel. Łyżeczki nadają się przeważnie do wydalenia polipów małych.

W celu wydalenia małych polipów podał Politzer swój nożyk w kształcie kółka (Ringmesser). W pewnych przypadkach można użyć tego nożyka; trzeba tylko pamiętać, że po operacyi tym nożykiem pozostaje zawsze resztka, którą zniszczyć trzeba. Politzer polecił specyalne kleszczyki z mocno karbowanym końcem, zapomocą których można zmiażdżyć guz. Sposób ten nie jest odpowiedni i trudno sobie wyobrazić, w jakich przypadkach zmuszonymby się było użyć go.

Oprócz tych sposobów i narzędzi, które tutaj wyliczyliśmy, a które specyalnie do ucha są podane, musimy nieraz robić operacyę zupełnie atypową. Rooda mówi np., że nożyczki Coopera są obok pętli najodpowiedniejszem narzędziem. Stone musiał raz użyć dłóta do odcięcia polipa, który był chrząstkowatej zbitości.

Co do niebezpieczeństwa samej operacyi, to prócz możliwości uszkodzenia jakiejś ważnej części organu słuchu, dla życia bezpośrednio nie wynika żadne niebezpieczeństwo. Schwartze obserwował jednak po wyjęciu polipa tak znaczny krwotok, że zdawał się grozić życiu chorego. Krwotok ustał po wytamponowaniu ucha. Gdyby krwotok po wytamponowaniu ucha nie zatrzymał się, a krew wychodziła do gardła, nie pozostawałoby nic innego, jak wytamponować jamę nosowo-gardłową.

Co do znieczulenia, to do uśpienia uciec się będziemy zmuszeni chyba u dzieci niespokojnych i u osób wyjątkowo wrażliwych; zwykle używamy znieczulania miejscowego kokainą; musimy jednak zauważyć, że kokaina na błonę śluzową ucha środkowego działa słabo. W odpowiednich przypadkach, n. p. w przypadkach dużych polipów, może udałoby się zastosować sposób znieczulania Schleicha. Drugą gromadę metod leczenia polipów usznych stanowią sposoby zapomocą środków żrących, do których prócz środków farmaceutycznych zaliczamy i galwanokaustykę. Wielu autorów jest przeciwnych używaniu środków żrących z obawy, by polip nie przeszedł w nowotwór złośliwy. Nie ulega wątpliwości, że środki żrące mają mnóstwo stron ujemnych, drażnią tkanki sąsiednie, i w ten sposób mogą wywołać pogorszenie sprawy zapalnej, istniejącej zwykle obok polipa.

Polecano mnóstwo środków żrących do leczenia polipów usznych. Schwartze i Bonnafont chwalą azotan srebra; Clarke potas żrący *in substantia*, a Triquet chlorek cynku *in substantia*. Hildige polecił octan cynku w rozczynie; Blau siarkan cynku 2: 30, Lucae siarkan miedzi, a Politzer sześciochlorek żelaza.

Polecano także mnóstwo kwasów do zniszczenia polipów usznych. Najwięcej używanym jest obecnie kwas chromowy. Zamiast kwasu chromowego Gruber używał też kwasu siarkowego i kwasu azotowego, który polecił Buck. Bürkner miał mieć dobre wyniki po użyciu kwasu trójchlorooctowego.

Galwanokaustyka miała początkowo więcej zwolenników; wkrótce przekonano się, że jest to sposób dla ucha nieodpowiedni. Schwartze otwarcie powiedział, że galwanokaustyka nie sprawdziła nadziei, jakie w niej pokładał.

Prócz tego podano mnóstwo środków, które nie mają własności żrących, a raczej posiadają własności ściągające. Buck i Spencer polecili ałun i jodoform, a Moos i Steinbrügge 10—25% octan ołowiu. Ze środków tej gromady alkohol, polecony przez Politzera, jest obecnie w częstszem użyciu.

Stosując środki żrące pamiętać musimy, że nadają się one do zniszczenia tylko małych polipów, lub resztek polipów, i że stosować je musimy z pewną ostrożnością, a to dlatego, że działają także na tkanki sąsiednie i mogą wywołać niepożądane następstwa.

W końcu wspomnieć wypada o jednym sposobie, którego używał już Toynbee: mianowicie starał się on usunąć polipy przez ciągły ucisk; w tym celu wkładał do ucha kawałki gąbki lub waty. Hammerschlag tamponuje w tym celu ucho gazą. Sposobu tego można użyć w przypadkach polipów małych, jeżeli wydzieliny wcale niema, lub jest małą.

Ze wszystkich sposobów tutaj podanych najlepsze wyniki daje operacya, dlatego wszędzie, gdzie się tylko da, będziemy się starali usunąć polipy uszne operacyjnie; do środków żrących i innych uciekniemy się dopiero wtedy, kiedy drogą operacyjną polipa usunąć nie będziemy mogli. (*Autoreferat*).

Killian. **Wydobycie ości rybiej z lewego oskrzela u 3½-letniego dziecka przez usta zapomocą górnej bron-**

choskopii. (*Deutsche med. Wochs.* 1901, Nr. 52). Dziecko 3½-letnie, jedząc przed 11-tu tygodniami rybę, zakrztusiło się. Od tego czasu cierpi na uporczywy kaszel, ból w piersiach i podupada na siłach. Badanie płuc nie wykazało nic niezwykłego; zauważyć tylko dało się, że lewa połowa klatki piersiowej cokolwiek słabiej się porusza i że dolne przestwory międzyżebrowe zapadają się. Oddech ciężki, — jak u starca z rozedmą płuc. W krtani i górnym odcinku tchawicy nic nieprawidłowego niema. K. przypuszczał, że może ość rybia uwięzła gdzie w drogach oddechowych, i dlatego zdecydował się na bronchoskopię górną. Dziecko zachloroformowano, prócz tego krtań i tchawicę zapędzlowano kokainą. Zapomocą bronchoskopu K. wykrył ość w lewem oskrzelu tuż poniżej bifurkacyi i zapomocą tępego haka wydalił ją na zewnątrz. Ość, jak okazało się po wydobyciu, pochodziła z łuku skrzelowego. Jest to najświeższy przypadek, w którym zapomocą górnej bronchoskopii wydobyto ciało obce z oskrzela. K. radzi w każdym przypadku próbować najprzód bronchoskopii górnej i tylko wtedy, kiedy to okaże się niemożebnem zrobić tracheotomię i ciało obce wydobyć zapomocą bronchoskopii dolnej. Do górnej bronchoskopii trzeba uśpienia; u dorosłych dolną można wykonać w znieczuleniu miejscowem. Bronchoskopię górną rozwinął brat autora, prof. Killian z Fryburga.

Dr. Teofil Zalewski.

Iljaszew. **Wpływ soli różnych ciężkich metalów na morfologiczny skład krwi i tworzenie hemoglobiny.** (*Rozprawa na stopień doktora.* Petersburg, 1901). Zamiarem I. było sprawdzić teoryę Noordena, czy żelazo, podawane osobnikom niedokrewnym, jest lekiem, który tylko pobudza podupadłą czynność szpiku kostnego, nie wpływając wcale na odnowę krwi innym sposobem i czy pod tym względem nie można zastąpić żelaza innymi metalami ciężkimi, jak miedź, manganez itd. Na podstawie ścisłych doświadczeń na szczeniętach I. przyszedł do następujących wniosków: 1) przetwory miedzi, rtęci i manganezu przy wewnętrznem użyciu nie wpływają na liczbę krwinek czerwonych i ilość hemoglobiny; 2) odwrotnie sole żelaza w tych samych warunkach podnoszą znacznie liczbę krwinek czerwonych i ilość hemoglobiny; w pierwszym okresie zwiększa się przeważnie liczba krwinek, ilość zaś hemoglobiny wzmaga się odpowiednio do zwiększania się liczby krwinek czerwonych: każda więc krwinka zawiera w tym okresie pierwotną ilość hemoglobiny; w okresie zaś następnym liczba krwinek pozostaje bez zmiany, zawartość zaś hemoglobiny wciąż się wzmaga, przez co i względna ilość jej się powiększa: to działanie żelaza trwa jeszcze długo po odstawieniu leku, co zależy prawdopodobnie od zużytkowania przez ustrój zapasów żelaza, które powstały w wątrobie i śledzionie podczas zażywania leku; 3) ponieważ odnowa różnych składowych części krwi przy podawaniu „luźnie związanego“ żelaza zachowuje to samo stopniowanie, jakie występuje pod wpływem żelaza pokarmowego, t. j. „mocno związanego“, więc i w postaci soli żelazo nietylko wchłania się do ustroju i działa pobudzająco na szpik kostny, jak tego chce Noorden, lecz i przyswaja się, jako materyał dla budowy hemoglobiny; 4) ten wniosek stwierdza i znaczne podniesienie % komórek eozynochłonnych, które J. spostrzegał wyłącznie we krwi szczeniąt, którym podawano żelazo; komórki te zawierają, jak wiadomo, znaczną ilość żelaza w postaci połączenia organicznego; 5) przytoczony wyżej wpływ żelaza na krewnie zmienia się podczas jednoczesnego podawania soli żelaza z solami miedzi, rtęci i manganezu.

Witold Orłowski.

Dr. M. Čačkovič. **O całkowitem zmniejszeniu żołądka i o jejunostomii.** (*Archiv Langenbecka* 65/2, 1901). Pracę autora podzielić można na trzy części: każda z nich równo dokładna i równie wyczerpująca rzecz. W pierwszej części omawia etyologię i symptomatologię znacznego zmniejszenia żołądka. W końcu dochodzi do wniosku, że najczęstszą przyczyną, a może jedyną, pomniejszenia żołądka jest nacieczenie rakowe jego ścian. Objawy przedmiotowe i podmiotowe zawisły jedynie od małej pojemności jamy żołądka i bardzo upośledzonej jego mechanicznej czynności. Zmniejszenie się pojemności jamy żołądka stwierdzić można przedmiotowo zgłębnikiem i wodą.

W leczeniu na pierwszy plan wysuwa się całkowite wycięcie żołądka, — co autor omawia szeroko w drugiej części. Operacya taka jest możliwa: dowodzą tego dawne doświadczenia Czernego i jego uczniów i nowsze próby na ludziach. W każdym razie jest to zabieg bardzo ciężki i wyjątkowo tylko technicznie wykonalny. Więc też najczęściej przyjdzie nam w takich przypadkach poprzestać na operacyi objawowej drugorzędnej, tj. na jejunostomii. O tem traktuje autor w ostatniej części. Metod operacyjnych jest nader wiele. Ująć je można w 3 typy: 1) Sarmaya najzwyklejsza jejunostomia boczna; 2) v. Eiselsberg-Kadera — boczna jejunostomia z przetoką domykającą się; 3) Alberta — jejunostomia z anastomozą między ramieniem do- i odprowadzającem i 4) Mayla — jejunostomia terminalna (t. j. przecięcie poprzeczne jelita, wszycie odcinka odprowadzającego w powłoki, a wszczepienie doprowadzającego w poprzedni). Tę ostatnią metodę uważa Č. za najodpowiedniejszą. Bezwzględne liczby statystyczne wykazują po tej operacyi znaczną śmiertelność, lecz biorąc wzgląd na jakość przypadków i przyczynę śmierci, oblicza Č. bezpośrednią śmiertelność na 32·8%. Śmiertelność ta jeszcze się zmniejszy, gdyż wskazania do tej operacyi w ostatnich czasach znacznie się rozszerzyły. *Herman.*

Dr. B. Finkelstein. **Przyczynki do sprawy gruźlicy gruczołów chłonnych.** (*Archiv Langenbecka* 65/2, 1901). Na podstawie 456 przypadków gruczolaków zolzowych, przeważnie na szyi usadowionych, spostrzeganych zaś i leczonych w szpitalu Obuchowa, autor wyraża się bardzo niezachęcająco o leczeniu wewnętrznem tego cierpienia. Jedynie po miejscowem zastosowaniu gorących okładów widział niekiedy zmniejszanie się guza. Pod koniec zestawia autor pewne, zresztą znane wskazówki techniki operacyjnej.

Herman.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dr. W. Meitner. **Przyczynek do wartości alboferyny w złem odżywianiu.** (*Aerztliche Monatshefte* Nr. 11, 1901). Jak ze stanowiska teoretycznego na podstawie składu chemicznego należało przypuszczać, alboferyna, która zawiera 90·14% białka związanego z Fe i P. będzie bardzo skuteczną w chorobach, połączonych z upadkiem odżywienia; rzeczywiście praktyka potwierdziła wartość tego przetworu. Prawie zupełna wessalność, zupełny brak szkodliwych objawów ubocznych ze strony żołądka i jelit czynią ten przetwór cennym. Autor przytacza historye chorób, w których dobry skutek leczenia osiągnął tam, gdzie inne środki odżywcze zawodziły. W końcu podaje M. kilka wskazówek co do sposobu podawania alboferyny. *Dr. Flis.*

Dr. F. Winkler. **Przyczynek do stosowania epikaryny.** (*Monatshefte f. prakt. Dermatol.* Nr. 8, 1901). Wychwalana przez Kaposiego własność przeciwświądowa i przeciwpasorzytnicza epikaryny (*Wiener med. Wochenschrift* Nr. 6, 1900) zapewnia jej miejsce w leczeniu świerzbu, liszaja wyłysiającego i świerzbiączki. Autor podaje jeszcze dwa wskazania dla stosowania epikaryny. W łojotoku skóry na głowie i następowem wypadaniu włosów poleca on ten lek w rozczynie wyskokowym: *Rp. Epicarini 5·0, Aeth. sulf 15·0, Spir. vin. gall. 80·0*, i każe po ostrzyżeniu włosów nacierać skórę na głowie raz codziennie. Nie potrzeba przytem głowy zmywać wyskokiem mydlanym; wystarczy nakropić bezpośrednio na skórę kilka kropel rozczynu epikaryny i rozcierać go palcami.

Drugie wskazanie dla stosowania epikaryny jest odmrożenie; łagodzi ona swędzenie i ma wpływ na naczynia skórne. Winkler zapisuje zwykle w tym celu maść z kazeiną: *Rp. Epicar. 3·00, Sapon. virid. kalin. 0·50, ung. caseini ad 30·00 Mf. ug.* Maść codziennie zmywa się ciepłą wodą i po wysuszeniu dokładnem skóry smaruje się nową. Już pierwszego dnia ustępuje swędzenie i palenie, oraz ból przy ucisku. Zaczerwienienie znika, a owrzodzenia goją się szybko.

Wreszcie nadmienia autor, że udało mu się i w liszaju czerwonym płaskim zapomocą okładów z wyskokiem epikarynowym i wcierania maści epikarynowej zupełnie usunąć swędzenie.

Dr. Flis.

† HUGO ZIEMSSEN.

D. 20 stycznia b. r. zakończył życie w Monachium Hugo Ziemssen, jeden z najzasłużeńszych klinicystów XIX wieku. Śmierć przecięła żywot człowieka, którego długoletniej karyerze naukowej i nauczycielskiej stale towarzyszyło zadowolnienie wewnętrzne, idące w parze z zaszczytami zewnętrznymi. Nie wielu uczonych potrafi się poszczycić takiem powodzeniem twórczych zamiarów jak Ziemssen, którego niezmordowana żądza działania znalazła zawsze wdzięczną i szeroką arenę.

Hugo Ziemssen przyszedł na świat 13 grudnia 1829 r. w Gryfii; był synem wyższego urzędnika pruskiego, który pochodził ze Szwecyi. Od lat wczesnych żywił żądzę poznania praw przyrody i ta okoliczność później wpłynęła na jego postanowienie poświęcenia się wiedzy lekarskiej. Studya medyczne rozpoczął w Gryfii r. 1848; po roku przeniósł się do Berlina, gdzie kształcił się pod kierunkiem Schlemma i Joh. Müllera, w ustawicznem zetknięciu

z Virchowem, Schererem i Scanzonim; od tych mistrzów nabył umiejętności stosowania do medycyny przyrodniczej metody badania, gdyż były to czasy przełomowe, w których ścierały się systemy filozofii naturalnej Schellinga, Brownianizmu i witalizmu z nowymi wpływami szkoły naturalistycznej. W r. 1854 złożył egzamin lekarski i napisał rozprawę promocyjną p. t. „Hospitalbrand.“ Od r. 1855 do 1861 był asystentem F. Niemeyera.

Pierwsze laury na polu medycyny klinicznej zdobył rozprawą p. t. „Pleuritis und Pneumonie im Kindesalter.“ Po tej pracy nastąpił liczny szereg monografij, świadczących o wszechstronności Ziemssena, a dzieło „Die Elektricität in der Medicin“ w licznych wydaniach. Od r. 1863 do 1874 wykładał w Erlandze i tu w r. 1866 założył „Deutsches Archiv für klinische Medicin,“ którego wyszło 69 tomów; z rozwojem tego wydawnictwa rosła światowa sława jego założyciela i najpłodniejszego współpracownika. W sześćdziesiątych latach z. w. wydał swój znakomity podręcznik „Handbuch der Pathologie und Therapie innerer Krankheiten,“ w którym wspólnie z Zenkerem opracował choroby krtani i połyku, a samoistnie rozdział o pląsawicy oraz fizyologię skóry. W r. 1870 oddał swoją wiedzę i siły na usługi ojczyzny i kierował oddziałem szpitalnym w Metzu. Od roku 1874 do śmierci był kierownikiem 1-szej kliniki lekarskiej i dyrektorem szpitala w Monachium, gdzie przeprowadził reformę klinicznego nauczania — i wyprzedzając spółczesnych, położył główny nacisk na praktyczne wykształcenie lekarzy.

Wspólnie z Pettenkoferem wydał „Handbuch der Hygiene“. Ziemssen ogłosił 87 prac, z których przytaczamy tylko najważniejsze: „Neuralgie und Neuritis bei Diabetes;“ „Cholera und ihre Behandlung“: „Aetiologie der Tuberculose“; „Syphilis des Nervensystems“; „Lähmungen von Gehirnnerven“; „Studien über die normalen Bewegungsvorgänge am menschlichen Herzen“: „Pulsus differens und seine Bedeutung“; „Stimmbandlähmungen“; „Zur Technik der Localbehandlung des Magens“; „Behandlung des Morbus Brightii“; „Die Neurasthenie und ihre Behandlung“; „Therapie der Tuberculose“; „Behandlung der acuten Infectionskrankheiten“; „Ernährungstherapie bei Nierenkrankheiten“; „Ueber den medicinisch-klinischen Unterricht“; „Dämonenglaube und Wissenschaft“ i t. d. Prócz prac ściśle klinicznych ogłosił Ziemssen wielką liczbę rozpraw z dziedziny higieny, statystyki, medycyny publicznej i t. d.

Życie Ziemssena, to długi łańcuch systematycznej i owocnej pracy. Znał wszystkie luki i braki wielkich tajemnic życia, zdrowia i choroby i cały żywot poświęcił, by rzucić światło na te sfinksowe zagadnienia bytu. Dzieła geniuszu i płody pracy Ziemssena przekażą jego imię wiecznej pamięci i niewygasłej wdzięczności. *A. K.*

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1898.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

VI. Parowe przyrządy desinfekcyjne.

Było ich w Galicyi z końcem r. 1898 stałych i ruchomych razem 187, t. j. o 11 więcej, niż w roku ubiegłym; najwięcej przyrządów, t. j. 71 było własnością sądów 40 własnością gmin. po 14 własnością szpitali i zarządów kolejowych i t. d. Nie podobna się jednak opędzić myśli. że i w tym roku możnaby powtórzyć ze Sprawozdaniem zeszłorocznem, „że ogólną wadą tych przyrządów jest, iż tylko wyjątkowo posiadają odpowiednio wyćwiczoną posługę, bardzo często nie są używane, a niektóre wskutek nieodpowiedniego pomieszczenia są uszkodzone i nieużyteczne“. Czy w r. 1898 zaszły pod tym względem zmiany na lepsze? nie wiadomo.

Publiczna ochrona zdrowia.

1. Asanacya.

Dział ten Sprawozdania wprowadzono, jak powiedzieliśmy wyżej, — dopiero od roku 1897. Byłoby więc bardzo pożądanem, aby wprowadzając go, zrobić naprzód niejako inwentarz tego, co na polu asanacyi kraju do r. 1897 już w poprzednich latach zrobiono; a więc należałoby wyszczególnić, które miasta, względnie gminy, miały już wodociągi, kanalizacyę i t. p. i jakie? Zaś od r. 1897 należało dopiero notować zmiany, które w ciągu każdego roku sprawozdawczego zaszły. Tymczasem tak w Sprawozdaniu za r. 1897, jak i za r. 1898, znajdujemy tylko zaszłe zmiany i ulepszenia. Wobec tego brak nam jasnego obrazu stanu asanacyi w Galicyi, bez którego też i ocena postępu na tem polu jest nadzwyczaj trudna.

Musimy więc ograniczyć się do tego, co w Sprawozdaniu z r. 1898 znajdujemy. A mianowicie co do zaopatrzenia w wodę: zawiadomienie o rozpoczęciu budowy wodociągu we Lwowie, Krakowie i Białej i ulepszenie już istniejących w Bochni, Czchowie. Bieczu i Przemyślanach, urządzenie 603 studni w 28 powiatach — i ulepszenie 321 dawnych studni.

Ciekawy jest następujący ustęp: „W jednym powiecie wydało c. k. Starostwo w r. 1897 zarządzenie, aby w 11 gminach zaprowadzono studnie wiercone z pompami, ponieważ w tych gminach pojawiały się często epidemie duru, tyfusu brzusznego i dysenteryi. Wskutek wniesionego rekursu, w którym wykazano, że wszystkie te gminy mają dostateczną ilość wody studziennej (ale czy dobrej?) musiało Namiestnictwo uchylić zarządzenie Starostwa, ponieważ nie udowodniono, aby woda w istniejących studniach była zdrowiu szkodliwa. Jeżeli zaś poszczególne studnie zawierały wodę pod względem higienicznym nieodpowiednią, należało tylko te studnie zakwestyonować i stosownie do wyniku badania, zarządzić oczyszczenie, pogłębienie odpowiednie, należyte zaopatrzenie w pompę i t. p.: w każdym razie sumaryczne zamknięcie wszystkich studni w 11 miejscowościach nie było uzasadnione“.

Ani myślimy, nie znając bliższych szczegółów, wchodzić w ocenę kroków starostwa lub namiestnictwa; zaznaczamy tylko odniesione wrażenie, a mianowicie, że jeśli może starostwo, będące w miejscu, znające więc stosunki miejscowe, a widzące, że „w tych gminach pojawiały się często epidemie tyfusu brzusznego i dysenteryi“, zawiniło o tyle, że nie dostarczyło dowodu „aby woda w istniejących studniach była zdrowiu szkodliwą“, na co trzeba było szeregu rozbiorów wody z każdej studni, a wiadomo ile to wymaga czasu i że często jeden rzut oka wystarcza, by się przekonać o zanieczyszczeniu studni, to w każdym razie „uchylenie zarządzeń starostwa przez namiestnictwo“ nie zmniejszyło niebezpieczeństwa epidemii, a z pewnością przyczyniło się do osłabienia zarówno powagi władzy miejscowej jak też do stępienia energii władzy. Zdaje nam się, że władze centralne winny raczej popierać i pobudzać energię lekarzy urzędowych, zasłaniać ich przed niechęcią i niedbalstwem czynników miejscowych, a nie utrudniać ich stanowiska. Nie mówimy tego wyłącznie *ad vocem* powyższego faktu. Ale mieliśmy parokrotnie sposobność słyszeć i czytać żale lekarzy powiatowych, a zwłaszcza okręgowych, na samowolę, opór i niedbalstwo gmin (najczęściej wójtów), przeciw którym walcząc, nie znajdują dość często skutecznego poparcia ze strony władz wyższych.

Przepraszając za małe zboczenie od tekstu, powracamy znowu do dalszej części „asanacyi“.

Kanałów betonowych do usuwania nieczystości wybudowano we Lwowie w 1898 r. 4755 mtr. i zasklepiono

Pełtew: w Krakowie 5388 mtr., w Gorlicach 442 mtr., w Łańcucie 145, w N. Sączu 215, w Przemyślu 800, w Przemyślanach 150 mtr. i prowadzono dalej kanalizacyę Podgórza. W Białej już prawie każdy dom ma betonowy dół kloaczny; w 1898 roku urządzono ich jeszcze 100, w Limanowej 14, w Gorlicach i Żółkwi sprawiono przyrządy pneumatyczne do czyszczenia dołów kloacznych.

W powiecie krakowskim usunięto około 400 gnojowisk z bezpośredniego pobliża mieszkań (a w innych powiatach?). Następuje wyliczenie ilości metrów kwadr. nowych bruków w różnych miastach, jak również wyszutrowanie placów i ulic, a wreszcie wyliczenie prac wykonanych w r. 1898 celem osuszenia bagien i regulacyi rzek i potoków.

2. *Pokarmy, używki i napoje.*

Tylko miasta Lwów i Kraków posiadają własne pracownie chemiczne do badania środków spożywczych, służące głównie do celów targowych. Do tych dwóch pracowni przybył w grudniu r. 1897 w Krakowie pierwszy państwowy zakład do badania środków spożywczych, z którego czynności w r. 1898 sprawozdanie podaje pewną ilość dat. Oczywiście w pierwszym roku czynności Zakładu były mniej liczne, gdyż nie wiele przysyłano próbek do zbadania a z 47 powiatów nawet żadnej.

Z przysłanych zaś próbek zakwestyonowano najwięcej napojów wyskokowych, herbat, mąki i wód studziennych. W dalszym ciągu znajdujemy zarządzenia władz: jużto autonomicznych, jużto rządowych, dotyczących konfiskat złych pokarmów, pożywek i napojów, względnie wymiaru kar za ich sprzedaż. Nowe rzeźnie powstały w ośmiu miasteczkach Galicyi, a we Lwowie rozpoczęto budowę nowej.

W rzeźniach stwierdzono perlicę u 1403 sztuk bydła, z tych zniszczono jednak tylko 153 sztuk, resztę dopuszczono do sprzedaży.

3. *Higiena budowy i mieszkań.*

Lwów i Kraków mają osobne swe ustawy budowlane; prócz tego mamy w Galicyi ustawę dla 29 miast większych (z r. 1882) i dla 131 mniejszych (z r. 1889). Wszystkie one już wymagają rewizyi. Lwów i Kraków czynią do niej przygotowania. Projekt zaś ustawy budowlanej dla wsi i miasteczek, przedłożony w r. 1897 po raz piąty sejmowi, nie doczekał się i w r. 1898 uchwalenia.

Głównymi brakami, które jeszcze zeszłoroczne sprawozdanie podniosło, było przepełnienie małych mieszkań w miastach, a jeszcze znaczniejsze po wsiach. — w miasteczkach zaś brak wychodków przy domach, wskutek czego place i ulice bywają zanieczyszczone; znajdują się bowiem i takie miasteczka, w których $^3/_4$ domów nie miały wychodków (w r. 1897).

Przy niektórych fabrykach i kopalniach prywatnych brak pomieszkań dla robotników, pomieszczonych jak najgorzej (Sanok, Borysław, Schodnica). Jest też w r. 1898 nieco lepszych wiadomości, zwłaszcza z Krakowa i Lwowa, które zabudowują się coraz higieniczniej. W Przemyślu zburzono około 60 starych domów dla celów asanacyjnych. A i po wsiach, zwłaszcza w Galicyi zachodniej, znać postęp w budowie domów, w którym przodują przykładem wieśniacy powracający z Ameryki.

Rozdziały 4. (Zakłady przemysłowe) i 5. (Handel środkami leczniczymi i truciznami), zawierające po kilkanaście wierszy, pomijamy, jako mało treścią swą ważne.

(C. d. n.)

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 6 lutego.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem wygłoszono następujące odczyty: kol. doc. L. Korczyński: »O przemianie materyi u chorych na rozmiękczenie kości«; kol. dr. Bier: »O organizacyi desinfekcyi w większych miastach«.

(—) W październiku r. z. wykazał słynny Giard w paryskiem Towarzystwie biologicznem, że jedno z najciekawszych i najważniejszych zjawisk biologicznych, t. j. możliwość sztucznego zapłodnienia i dalszego rozwoju cząstek jaja, wykrył doświadczalnie u morszczynów i ogłosił pierwszy prof. Rostafiński z Krakowa jeszcze w r. 1877. Ta niezmiernie doniosła praca wyszła po polsku w publikacyach krakowskiej Akademii Umiejętności.

Otóż to wystąpienie Giarda dało pochop Rudolfowi Fickowi, nadzw. profesorowi anatomii w Lipsku, do następujących wywodów, ogłoszonych w Nr. 18 Tomu XX »Anatomischer Anzeiger« z d. 11 sierpnia b. r. na str. 462 i 463.

Przeoczenie pracy, ogłoszonej po polsku, jest zdaniem Ficka dowodem, że chybia celu ogłaszanie prac w języku, nie będącym jednym z czterech przyjętych w nauce (niemiecki, angielski, francuski i włoski). Ideałem byłby jeden wspólny język, jak dawniej był nim łaciński; o wskrzeszeniu jednak zwyczaju ogłaszania prac naukowych w tym języku niema, zdaniem Ficka, co i marzyć, podobnie jak nie udałoby się dzisiaj wprowadzić sztucznych języków: »volapük«, »lingua«, »nov latin« i t. p.

Wobec tego, aby zapobiedz rozpraszaniu się działalności naukowej należałoby, zdaniem Ficka, uznając zresztą w całej pełni dążenia kulturalne wszelkich narodów, żądać, aby one »porzuciwszy narodową próżność na neutralnym gruncie nauki«, ogłaszały prace naukowe lub przynajmniej najważniejsze ich wyniki w jednym z tych czterech języków, »w których w zeszłem stuleciu ukazały się najważniejsze prace i które są językami przodowników nauki«. Żądanie to, zdaniem Ficka, nie powinno natrafić na trudności, bo każdy uczony włada przynajmniej jednym z owych czterech języków, a wielu badaczy, należących do szczepów germańskiego, słowiańskiego i innych już teraz w ten sposób prace swe ogłasza »z korzyścią dla nauki — i dla siebie«.

Dlatego uważa Fick za »wielki i ze stanowiska potrzeb nauki wszechświatowej pożałowania godny błąd, że czasopisma sprawozdawcze starają się obecnie o własnych sprawozdawców z piśmiennictwa polskiego, skandynawskiego, hiszpańskiego i t. d., ponieważ przez to odwodzi się uczonych tych narodowości od chwalebnego zwyczaju ogłaszania prac w jednym z dawna przyjętych języków naukowych »Do czegóż to prowadzi?« — pyta Fick. »Wszyscy mają tu równe prawa: gdzież leży granica? Równie słusznie czy niesłusznie mogą teraz żądać Bułgarzy, Chińczycy, Hindusowie, Japończycy, Kroaci, Węgrzy, Persowie, Rosyanie, Rusini, Serbowie, Słoweńcy, Czesi i inne, naukowo także pracujące narody, aby wielki ogół naukowy »»uwzględnił«« rzeczy, ogłoszone w tych językach. Przypuściwszy nawet, że teoretycznie rzecz biorąc, mogłyby czasopisma sprawozdawcze znaleźć sprawozdawców dla wszystkich tych języków (pod względem praktycznym natrafiłoby to na słuszny opór wydawców i nakładców), to dla nauki byłoby to niedostateczne, bo najlepsze sprawozdanie nie zastąpi pracy oryginalnej«.

»Pozwólmy więc owym narodom« — kończy Fick — »niech sobie zakładają osobne narodowe »»Akademie Umiejętności«« i wszechnice (jeżeli członkowie tych narodów mają na to środki!), ale żądajmy stanowczo, aby ci autorowie, którzy w nauce wszechświatowej chcą mieć prawo głosu, ogłaszali prace swoje także w jednym z tych języków, którymi dotychczas głównie posługiwano się w nauce! I zdaniem mojem — dodaje Fick — »posiadają czasopisma sprawozdawcze środek, aby żądanie to wywarło skutek, jeżeli będą umieszczać sprawozdania z tych tylko prac, które ukazały się w językach niemieckim, angielskim, francuskim lub włoskim. Jest to nietylko prawem, ale i obowiązkiem owych czasopism, aby położyć kres »»wieży Babel«« w nauce«.

Wywody te wydrukowało czasopismo, będące urzędowym organem niemieckiego Towarzystwa anatomicznego, którego przewodniczący niedawno z chlubą stwierdzał, iż Towarzystwo to jest naprawdę międzynarodowe, jednoczące uczonych wszystkich ludów i języków.

Zresztą wywody prof. Rudolfa Ficka nie potrzebują komentarzy.

* Ze sprawozdania z ostatniego »Zjazdu Pirogowskiego« w Moskwie, które ogłosił Dr. Sawaniewski w Nrze 3. »Kraju«, dowiadujemy się, że wniosek prof. Otta, poparty przez liczne grono uczonych rosyjskich, ażeby lekarze słowiańscy mogli mieć prawa członków zwyczajnych na tych Zjazdach, nie uzyskał poparcia i upadł.

* D. 3 b. m. odbył się wykład habilitacyjny dr. Emila Godlewskiego na temat: »Nowsze zapatrywania na regeneracyę«.

* Minister oświaty zatwierdził uchwałę kolegium profesorów Wydziału lekarskiego Uniw. lwowskiego, dopuszczającą do wykładów w charakterze docentów: dr. J. Marischlera z zakresu chorób wewnętrznych i dr. A. Szulisławskiego — z okulistyki

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymał Michał Leinkram.

* Wobec grasującej epidemii ospy w Anglii, południowej Francyi i sąsiednich Włoszech zaleciło austryackie ministeryum spraw wewnętrznych, obok czuwania nad stanem zdrowia przybywających z wymienionych krajów, ścisłe przeprowadzenie ochronnego szczepienia przeciw ospie, jakoteż rewakcynacyę.

* Na zjeździe balneologów austryackich, który odbędzie się w Wiedniu od 20 do 23 marca, referować będą: Kolisch i Strasser o cukrzycy; Wick i Bum o przewlekłym gośćcu stawowym. Sekretarzem Zjazdu jest doc. Ullmann.

* Od 15 do 28 stycznia stwierdzono ospę w Galicyi w powiecie Gorlickim (1 gmina) i turczańskim (1 gm.). W tymże czasie doniesiono władzy o durze osutkowym po jednym przypadku w Krakowie i Lwowie, oraz w powiatach: bohorodczańskim (1 gm.). brodzkim (2 gm.), brzeżańskim (1 gm.), buczackim (1 gm.), dąbrowskim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.), kałuskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), kołomyjskim (1 gm.), nadworniańskim (7 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (2 gm.), stanisławowskim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.), żółkiewskim (1 gm.), żydaczowskim (2 gm.).

Ogólna liczba chorych na dur osutkowy w wyżej wymienionych powiatach i gminach wynosi 128.

* *Kol. dr. Gertler przysyła nam następujące* uzupełnienie *swego artykułu, umieszczonego w N. 5 Przegl. lekarskiego:*

Na stronicy 67, w uwadze, na samym dole, pod*) ma być: »rzeczona firma wyrabia proszek w sposób następujący: 100 części mączki torfowej ciemnej miesza się z 15 częściami siarkanu miedziowego w zgęszczonym rozczynie wodnym. Przetwór tak otrzymany wysusza się, a następnie w maszynie dobrze i dokładnie uszczelnionej dodaje się do niego 2% formaliny i taką ilość goździków tartych lub olejku goździkowego, aby zrównoważyć zapach formaliny.

Mięszankę tę miesza się pod ciśnieniem kilku atmosfer przez 1 godzinę.

Mianowania i odznaczenia. Profesorem psychiatryi w Budapeszcie mian. został dr E Moravcsik. Dr. Havas został mian. nadzw. profesorem dermatologii w Peszcie. Prof. Liebermann mian. został na katedrę higieny w Peszcie, w miejsce prof. Fodora.

Nekrologia. Dr. Alojzy Roth, emeryt. lekarz powiatowy, zmarł w Bochni. Dr. Jan Barusiewicz, lekarz okręgowy, zmarł d. 1 b. m. w Mrzygłodzie. Dr. Ed. Cramer. prof. higieny. zmarł w Akwisgranie Dr. Garibaldi, prof chirurg. anatomii, zmarł w Genui Dr. Al. Kożewnikow. prof. chorób nerwowych i umysłowych, zmarł w Moskwie

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 5. Dłuski: W sprawie trawienia u suchotników. Goldflam: Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem, wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (Dr. E. Flatau), (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 1. Idźkowski: Mały szpital ludowy. Zienkiewicz: Działalność lekarska w obwodzie ciechanowskim. S. Sterling: O działaniu namocznem teobrominy. Rząd: Informacya w sprawie babek wiejskich.

— *Gazeta lekarska* Nr. 5 Flaum: Chemia fizykalna w medycynie. Idzikowski: O znieczulaniu w szpitalu ludowym.

— *Przegląd dentystyczny* N. 12. Krakowski: O wyjmowaniu zębów u ciężarnych.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 5. Novy: Primarni rakovina vejcovodu. Výmola: Příspěvek ku therapii akutnich zánětův ušnich. (dokończenie).

— *Lekarské rozhledy* Nr. 1. Malhon: Připad pseudohermaphroditismu kombinovaného s uskřinutou kýlou. Zachradnický: Příspěvek ku konservativnímu léčeni rozsahlých poraněni končetin. Prettner: O experimentalni tuberkulose a jejim lečeni.

— *La Presse médicale* Nr. 8. Carnot: O zapaleniu płuc. Sicard: Chromodyagnostyka cieczy mózgowo-rdzeniowej — Nr. 9: Labbé i Bertin: Oddziaływanie gruczołów w wieku dziecięcym.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 5. Mohr: O zmianach we krwi przy zatruciu przetworami benzolu. Aronsohn: Istota gorączki. Brandenburg: O zasadowości i stopniu alkaliczności krwi w stanach chorobowych. Westphal: Przypadek polineurytycznej psychozy Korsakowa z szczególnem zachowaniem się odruchów ścięgnistych. Suchier: Częściowe niezupełne porażenie n. sprychowego. Wiesinger: Przypadek przedziurawienia żołądka z następowem ogólnem zapaleniem otrzewnej. Operacya czwartego dnia od początku choroby. Wyzdrowienie.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 4. Schwarz: Sto przypadków znieczulenia rdzeniowego tropokokainą. Rosenbach: O osłuchiwaniu narządów oddechowych, oraz uwagi nad patologią gruźlicy płucnej. Mendel: Grasica a krzywica. Bruno: O chorobie Addisona. Gebele: O naczyniakach i ich związku z rakiem. Vogl: Hidroterapia umiejętna a »leczenie wodą«.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 5. Prochnik: Rak a zakażenie zimnicze. Kraus i Ludwig: O bakteryohemaglutyninie i antyhemaglutyninie. Moro: O nowym odczynie kobiecego mleka. Grosz: O zrogowaceniu czerniącem *(Keratosis nigricans)*. Wiczkowski: Tętniak pnia tętnicy płucnej, wielokrotne tętniaki rozgałęzień tejże tętnicy i przewód Botalla otwarty. (Część kliniczna).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 4. Helbron: O oderwaniu siatkówki w zapaleniu nerek u ciężarnej. Mendel: Rokowanie przy operacyi jaskry Edel: O godnem uwagi pokuszeniu do samookaleczenia się Weicker: O wzajemnym stosunku leczenia gruźlicy w sanatoryach i tuberkuliną. Riegel: Przyczynek do symptomatologii i terapii przewlekłego rozdęcia płuc (Nerwica n. błędnego).

Redakcya otrzymała. W. Jaworski: Heilwässer und Heilwassertrinkstätten. Jessner: Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung. Bollenstern: Die nicht operative Behandlung der bösartigen Geschwülste.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 12 lutego, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy*, posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. prof. Rosner mówić będzie: „O ciąży bliźniaczej monochorialnej“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.